

Universidade de Évora - Escola de Ciências e Tecnologia

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

**Conhecimentos dos profissionais da área da saúde e diretores
de instituições prestadoras de cuidados de saúde sobre a
prática psicomotora em Portugal: Um estudo exploratório**

Cláudia Sofia da Silva Rodrigues

Orientador(es) | Gabriela Almeida
Maria da Graça Santos

Évora 2021



Universidade de Évora - Escola de Ciências e Tecnologia

Mestrado em Psicomotricidade

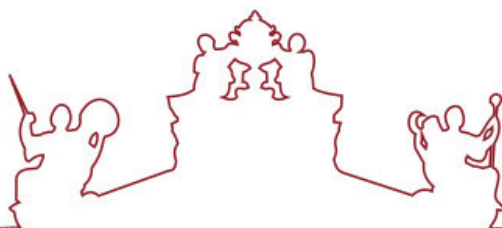
Dissertação

**Conhecimentos dos profissionais da área da saúde e diretores
de instituições prestadoras de cuidados de saúde sobre a
prática psicomotora em Portugal: Um estudo exploratório**

Cláudia Sofia da Silva Rodrigues

Orientador(es) | Gabriela Almeida
Maria da Graça Santos

Évora 2021



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências e Tecnologia:

Presidente | Ana Rita Matias (Universidade de Évora)

Vogais | Cristina Vieira ()
Gabriela Almeida (Universidade de Évora) (Orientador)

Agradecimentos

Este foi um longo percurso, com muitas adversidades e com muitas pessoas fantásticas ao meu lado que me apoiaram e ajudaram a ultrapassar as adversidades.

Em primeiro lugar quero agradecer a todos os professores que estiveram presentes ao longo destes cinco anos de estudo, tanto durante a licenciatura, como no mestrado. Quero deixar um especial agradecimento às minhas orientadoras, à Professora Doutora Gabriela Almeida e à Professora Doutora Graça Santos pelo apoio e auxílio durante este percurso.

Quero agradecer à minha família, porque sem eles não teria sido possível a chegar tão longe a nível pessoal e educacional. Aos meus pais, à minha irmã Filipa, ao meu irmão Rui e ao meu sobrinho Gonçalo, um grande obrigada.

Quero agradecer às minhas colegas de turma e amigas que me acompanharam desde o primeiro dia, muito obrigada, Laura, Madalena, Sofia, Filipa e Sara por todo o apoio, ajuda e companheirismo.

Quero também agradecer às minhas amigas que estiveram sempre lá para me animar, a Daniela Matos, a Daniela Pereira e a Francisca.

Um agradecimento especial ao Maxime que me apoiou durante todos este percurso e que me ajudou em inúmeras ocasiões e que me transmitiu confiança e calma para conseguir terminar este percurso.

Agradeço, também, a todos que disponibilizaram o seu tempo para participar neste estudo, e aqueles que partilharam o questionário.

A todos os que estiveram lá direta ou indiretamente, o meu grande obrigada.

Resumo

Conhecimentos dos profissionais da área da saúde e diretores de instituições prestadoras de cuidados de saúde sobre a prática psicomotora em Portugal: Um estudo exploratório

A psicomotricidade é uma área recente em Portugal, existindo poucos estudos relativos à percepção que os diversos profissionais da área da saúde possuem sobre esta prática.

Objetivo: Analisar a percepção do conhecimento da prática psicomotora por parte dos profissionais da área da saúde e clarificar a especificidade da prática psicomotora a estes profissionais.

Metodologia: Este é um estudo quantitativo e qualitativo com base num desenho transversal e longitudinal prospetivo. A recolha de dados foi realizada através de um questionário e de uma entrevista com 106 e dez participantes, respetivamente. Para o questionário, foram caracterizadas e descritas as respostas obtidas sendo posteriormente feita a descrição das respostas entre grupos. Para a entrevista, foi realizada uma análise de conteúdo.

Resultados: Os profissionais em estudo possuem uma percepção positiva relativamente à psicomotricidade, sendo que sobre a intervenções terapêutica do psicomotricista foi a questão com respostas mais díspares. É notório que os profissionais da área da saúde ainda possuem dúvidas relativamente à prática psicomotora, confundindo-a com outras terapêuticas.

Conclusões: Existe algum conhecimento acerca da psicomotricidade por parte dos profissionais de saúde, sendo que a maioria relata a importância desta prática, porém muitos profissionais referem que já confundiram ou compararam a psicomotricidade com outras terapias.

Palavras-chave: Psicomotricidade; saúde; conhecimento; reconhecimento; importância

Abstract

Knowledge of health professionals and healthcare institutions directors about the psychomotor practice in Portugal: An exploratory study

Psychomotricity is a recent area in Portugal, with few studies related to the perception that different health professionals have about this practice.

Objectives: Analyze the perception of the knowledge of psychomotor practice by health professionals and clarify the specificity of psychomotor practice to these professionals.

Methodology: This is a quantitative and qualitative study based on a cross-sectional and prospective longitudinal design. The data collection was carried out through a questionnaire and an interview, with 106 and ten participants, respectively. For the questionnaire, the responses obtained were characterized and described, the responses were then described between groups. A content analysis was carried out for the interview.

Results: The professionals in the study have a positive perception regarding psychomotricity, the therapeutic interventions of psychomotricity were the questions with the most diverse answers. It is noticeable that health professionals still have doubts regarding the psychomotor practice, confusing it with other therapies.

Conclusions: There is some knowledge about psychomotricity on the part of health professionals, with the majority reporting the importance of this practice, however many professionals report that they have already confused or compared psychomotricity with other therapies.

Keywords: Psychomotricity; health; knowledge; recognition; importance

Índice Geral

Agradecimentos	I
Resumo	II
Abstract	III
Índice Geral.....	IV
Índice de Tabelas	VI
Índice de Anexos.....	VII
Lista de Abreviaturas, Siglas e Símbolos	VIII
1. Introdução.....	1
2. Enquadramento Teórico	4
2.1 História e evolução da psicomotricidade	4
2.2 Conceito de psicomotricidade	9
2.3 Prática psicomotora	10
2.3.1 Competências do psicomotricista	10
2.3.2 Áreas de intervenção do psicomotricista	14
2.3.3 Sessão de psicomotricidade	22
2.4 Psicomotricidade na Europa.....	27
3 Metodologia	30
3.1 Objetivos do estudo.....	30
3.2 Desenho e tipo de estudo.....	30
3.3 Participantes	30
3.3.1 Caraterização dos participantes do questionário de validação.....	31
3.3.2 Caraterização dos participantes do questionário.....	32
3.3.3 Caraterização dos participantes da entrevista	34
3.4 Instrumentos de recolha de dados e análise	35
3.4.1 Questionário “Conhecimento da psicomotricidade”	35

3.4.2	Entrevista	36
3.5	Procedimento.....	37
3.6	Análise de dados.....	39
4	Apresentação de resultados	41
4.1	Validação do Questionário	41
4.2	Questionário “Conhecimento da psicomotricidade”	42
4.2.1	Análise estatística das variáveis em estudo	48
4.3	Entrevista.....	49
5	Discussão	58
6	Conclusão	66
7	Referências	67
ANEXOS		IX

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Faixa etária dos participantes.....	32
Tabela 2 - Agrupamento por grupos profissionais.....	33
Tabela 3 - Agrupamento por região geográfica	34
Tabela 4 - Percepção dos inquiridos relativamente às populações de intervenção do psicomotricista	43
Tabela 5 - Percepção dos inquiridos relativamente aos locais de intervenção do psicomotricista	44
Tabela 6 - Percepção dos inquiridos relativamente aos contextos de intervenção do psicomotricista	45
Tabela 7 - Percepção dos inquiridos relativamente às metodologias do psicomotricista	45
Tabela 8 - Percepção dos inquiridos relativamente às competências do psicomotricista.....	46
Tabela 9 - Percepção dos inquiridos relativamente às indicações terapêuticas do psicomotricista	47
Tabela 10 – Percepção sobre a prática psicomotora por grupo profissional, faixa etária, zona geográfica e experiência profissional com psicomotricista	49
Tabela 11 – Tema 1 - Experiência profissional dos entrevistados.....	53
Tabela 12 – Tema 2 - Intervenção terapêutica na população.....	54
Tabela 13 – Tema 3 - Prática psicomotora	55
Tabela 14 – Tema 4 - Conhecimento/reconhecimento da psicomotricidade	57

Índice de Anexos

ANEXO I – Questionário de validação	X
ANEXO II – Questionário “Conhecimento da Psicomotricidade”	XVII
ANEXO III – Guia da entrevista	XXV
ANEXO IV – Consentimento informado da entrevista	XXVII
ANEXO V – Tabelas de validação do questionário	XXIX
ANEXO VI – Exemplos de transcrição de entrevistas	XXXVI

Lista de Abreviaturas, Siglas e Símbolos

APP – Associação Portuguesa de Psicomotricidade

AVC – Acidente Vascular Cerebral

FEP – Fórum Europeu da Psicomotricidade

PHDA – Perturbação Hiperatividade e Défice Atenção

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

1. Introdução

A Psicomotricidade é uma prática baseada na visão holística do ser humano e nas relações entre o corpo e a mente. O psicomotricista analisa as interações físicas, emocionais, simbólicas e cognitivas do indivíduo, auxiliando a sua integração através de técnicas específicas (European Forum of Psychomotricity, 2012).

O profissional de Reabilitação Psicomotora *“é o trabalhador que, de acordo com modelos, técnicas e instrumentos, avalia, planeia e intervém, junto dos utentes de todas as faixas etárias, nas áreas da psicomotricidade (intervenção precoce, reeducação e terapia psicomotora), da atividade motora adaptada (condição física, recreação e desporto adaptado), da autonomia social (competências sociais, cognitivas e de adaptação conducentes à autonomia e independência do indivíduo em diferentes contextos, ao nível do indivíduo, da família e da comunidade) e, ainda, nos domínios das acessibilidades e das ajudas técnicas”* (Boletim do Trabalho e Emprego, 2020).

Em Portugal, a psicomotricidade é direcionada para indivíduos de todas as idades, seguindo três modelos de intervenção: o preventivo (estimulação do desenvolvimento e das competências sociais); o educativo (promoção do desenvolvimento psicomotor e do potencial de aprendizagem) e o terapêutico (quando existe um comprometimento do desenvolvimento motor, do desenvolvimento psicoafectivo e/ou do potencial de aprendizagem), sendo que o psicomotricista atua nos âmbitos da saúde e da educação. Na área da educação, o psicomotricista pode atuar em equipas de intervenção precoce, tendo a sua intervenção uma finalidade preventiva, pedagógica e terapêutica. A nível da área da saúde, o psicomotricista pode intervir em clínicas privadas ou integrar equipas multidisciplinares (Matias & Moraes, 2011).

O psicomotricista pode atuar nos setores públicos ou privados, nomeadamente em creches, jardins de infância, escolas, residências para crianças e jovens, instituições para indivíduos com deficiência, hospitais gerais e psiquiátricos, instituições de inserção social, associações desportivas, projetos municipais, centros de atividades, centros de dia, centros de terceira idade e clínicas privadas. O terapeuta psicomotor utiliza diversas técnicas, nomeadamente terapias expressivas, métodos de relaxação, técnicas de consciência corporal, técnicas gnósico-práticas, técnicas gnósico-rítmicas, atividades lúdicas, atividades de recreação terapêutica, atividade motora adaptada, atividades de consciencialização motora e

atividades grafomotoras (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2017; European Forum of Psychomotricity, 2012; Fonseca, 2006).

O psicomotricista possui diversas competências profissionais, como por exemplo a realização de uma intervenção orientada para o movimento/corpo com o intuito de promover as funções psicossociais, realizar uma avaliação psicomotora, formular um plano de intervenção adaptado às necessidades do indivíduo e atuar conforme os seus objetivos. Relativamente às indicações terapêuticas, a psicomotricidade pode ser referenciada em situações de prevenção e reforço do bem-estar, problemas psicomotores relacionados com distúrbios estruturais, desarmonias psicomotoras, distúrbios tónico-emocionais, problemas psicossomáticos, problemas de aprendizagem, problemas psicomotores, entre outros (European Forum of Psychomotricity, 2012; Matias & Morais, 2011).

Podemos considerar que, nos últimos anos, a Psicomotricidade tem vindo a ser cada vez mais reconhecida pela comunidade científica em Portugal (Martins, 2010b). Atualmente, a profissão do psicomotricista está regulamentada nas Instituições Particulares de Solidariedade Social, sendo reconhecida pelos Ministérios da Educação e da Saúde, porém ainda não existe uma regulação formal da Psicomotricidade a nível nacional (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2017).

Não existindo esta regulamentação formal, as diretrizes da intervenção psicomotora não são evidentes para os restantes profissionais da área da saúde e diretores técnicos de instituições, comprometendo a implementação de psicomotricistas nas equipas multidisciplinares e a referenciação de indivíduos para a psicomotricidade.

Por esta razão, surgiu este estudo que tem como objetivos gerais os seguintes: (1) analisar a perceção do conhecimento da prática psicomotora por parte dos profissionais da área da saúde e (2) clarificar a especificidade da prática psicomotora a estes profissionais. Como objetivos específicos estipularam-se os seguintes: (1.1) analisar e compreender qual a perceção dos profissionais relativamente à prática psicomotora, nomeadamente a população, locais e contextos de intervenção, as metodologias, as competências do psicomotricista e as indicações terapêuticas; (1.2) analisar a perceção dos conhecimentos da psicomotricidade entre grupos profissionais, entre faixas etárias, entre região geográfica e entre indivíduos que já trabalharam com psicomotricista e que nunca trabalharam com psicomotricista; e (2.1) informar os profissionais de saúde acerca do conceito de psicomotricidade, as populações, locais contextos

de intervenção do psicomotricista, competências e metodologias do psicomotricista e indicações terapêutica da psicomotricidade.

Para alcançar estes objetivos, foi criado um questionário no qual o inquirido referia (numa escala de 1 a 5) a sua opinião referente à psicomotricidade nas diversas populações, locais, contextos, as diversas metodologias utilizadas pelo psicomotricista, as suas competências e as indicações terapêuticas para a psicomotricidade. Foi também elaborada uma entrevista, de forma a complementar e aprofundar as respostas recolhidas pelo questionário, sendo questionado o percurso educacional e profissional do entrevistado, a sua opinião/perceção referente ao acompanhamento terapêutico existente em Portugal, a sua perceção acerca da prática psicomotora e a sua experiência pessoal. Foi também elaborado um vídeo no qual constam as bases teóricas da Psicomotricidade, promovendo o conhecimento que os profissionais da área da saúde e diretores técnicos de instituições possuem acerca da psicomotricidade. Sendo que ao explicitar as bases teóricas da psicomotricidade, irá existir uma maior probabilidade de estes profissionais da área da saúde reencaminharem indivíduos para a sessão de psicomotricidade e de implementar a psicomotricidade nas diversas equipas multidisciplinares.

A psicomotricidade é relativamente recente em Portugal, sendo, do nosso conhecimento, poucos os estudos existentes acerca da perceção que os diversos profissionais de saúde possuem à cerca da prática psicomotora. Um dos estudos conhecidos acerca deste tema é de Cerqueira (2013), sendo um estudo exploratório acerca da implementação das práticas psicomotoras na região do Alto Minho. Este estudo de Cerqueira foi uma das referências do presente estudo.

Esta dissertação está estruturada em quatro partes: a primeira referente à revisão de literatura, onde será abordada a revisão histórica da psicomotricidade, o seu conceito e a especificidade da prática psicomotora; a segunda parte é referente à metodologia utilizada para a recolha de dados e a análise dos mesmos; a terceira parte é referente à apresentação de resultados e a última parte é referente à discussão. Seguem-se uma conclusão e as referências.

2. Enquadramento Teórico

A psicomotricidade é uma área transdisciplinar que tem como objetivo o estudo do ser humano através do seu corpo em movimento, sendo baseada na observação holística do ser humano, dando especial importância à relação mente-corpo. Na prática psicomotora, integram-se as interações físicas, emocionais, simbólicas, psicolinguísticas e cognitivas (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s/d; European Forum of Psychomotricity, 2012).

Neste capítulo será abordada a prática psicomotora, nomeadamente a sua história e evolução, o seu conceito e a prática psicomotora.

2.1 História e evolução da psicomotricidade

O surgimento da psicomotricidade depende da sua contextualização na história de outras disciplinas relacionadas, tais como a medicina, a psicologia ou a educação, surgindo de forma gradual na área da psiquiatria infantil e juvenil (Boutinaud, Rodriguez, Moyano, & Joly, 2014).

A psicomotricidade é uma área de estudo relativamente recente, porém desde cedo que o Homem tenta compreender o corpo e a mente. O significado do corpo sofreu, ao longo dos anos, diversos conceitos, sendo que foi nas grandes cidades gregas que se iniciou a cultura do corpo (Falcão & Barreto, 2009).

Para Platão, o corpo e a alma eram elementos distintos, sendo que, para ele, o corpo era um lugar de transição da existência do mundo mortal de uma alma imortal (Falcão & Barreto, 2009). Para Aristóteles, o corpo é uma matéria moldada pela alma, sendo que para ele, a alma é que proporciona o movimento. Aristóteles estudou a função da ginástica para melhorar o desenvolvimento do espírito, demonstrando assim um primórdio do pensamento psicomotor (Massumi, 2005 cit. in Falcão & Barreto, 2009).

Com a expansão do cristianismo o corpo passou a ser negligenciado, potenciando o espírito. Descartes acentua a oposição entre o corpo e a alma, sendo o corpo um elemento externo que não pensa e a alma como o elemento racional (Levin, 2003 cit. in Falcão & Barreto, 2009).

No século XIX, o corpo volta a ter interesse por parte dos estudiosos, começando a ser estudado como complemento da mente. Primeiro foi estudado por neurologistas com o intuito de compreender melhor as estruturas cerebrais e, mais tarde, por psiquiatras com o intuito de especificar fatores patológicos (Fonseca, 2010). Com o desenvolvimento da neurofisiologia,

foi possível analisar a existência de diversas disfunções graves sem a existência de uma lesão cerebral (Falcão & Barreto, 2009).

O termo “psicomotor” surgiu na literatura, pela primeira vez, por volta de 1872, quando o neurologista Landois (Vigarello, 1979, cit. in Rigal, 2010), designa uma área cortical, sendo que a estimulação elétrica desta área origina movimento de uma região do corpo (Rigal, 2010).

No início do século XX, foi observada uma grande influência neurológica no conceito de habilidades psicomotoras, devido aos avanços nas áreas da patologia cortical, neuropsiquiatria e neurofisiologia. É neste século que surge o conceito de psicomotricidade, destacando a relação entre o psicológico e a sua manifestação através da motricidade. Esta interligação vai contra a concepção ocidental do ser humano que refere a mente e o corpo como sendo fatores independentes um do outro. Com o novo conceito, o indivíduo passou a ser considerado como uma unidade global (Domínguez, 2008).

Esta concepção da globalidade mente-corpo iniciou-se com Tissier, sendo o primeiro autor a estudar as conexões entre o pensamento e o movimento (Fonseca 1976,1998^a cit. in Fonseca, 2001). No início do século XX, Tissier (1901) refere que consegue prevenir ocorrência de transtornos mentais ou suprimi-los através da utilização do movimento (ginástica médico-psicológica), desta forma estabelece ligações entre o movimento e o pensamento tornando o paciente autónomo (Rigal, 2010).

Dupré (cit por Ballouard, 2008), descreve o primeiro desequilíbrio motor, denominando-o de “debilidade motora” tendo afinidade com debilidade mental, ele considera este distúrbio como sendo uma anomalia da motricidade, podendo ser de origem congénita ou adquirida precocemente. A debilidade motora é um distúrbio do movimento acompanhado por alterações do tônus muscular, dos reflexos, sem a existência de perturbações mentais, atribuindo esta debilidade ao sistema piramidal (Rigal, 2010).

Durante o segundo quarto do século XX (por volta de 1925 a 1950), continua a existir o dualismo corpo-mente, sendo que qualquer nova problemática é incluída numa síndrome geral, sem mencionar os sinais psicomotores. Contudo, durante este período, tenta-se determinar as habilidades psicomotoras como sendo uma atividade independente com objetivos e meios próprios, com o intuito de estudar o ser humano na sua globalidade (Domínguez, 2008).

Foi por volta de 1930 que surgiram as práticas “psicomotoras”, sendo estas consideradas práticas físicas que procuram fortalecer o desejo de agir (Guilmain, 1935, cit. in Rigal, 2010), sendo utilizada para cuidar de casos de histeria, tiques, espasmos, fobias e impulsos.

Guilman (cit por Domínguez, 2008) refere a importância do movimento no desenvolvimento intelectual, afetivo e social do ser humano. Sendo que em 1935 desenvolveu o primeiro sistema psicomotor direcionado para os indivíduos instáveis, impulsivos, paranoicos, apáticos e até para criminosos. Neste sistema, os exercícios psicomotores são utilizados para reduzir as manifestações motoras descontroladas e modificar o comportamento. Guilman introduz a diferenciação entre educação física e educação psicomotora, sendo que esta última possui objetivos distintos dos tradicionais da educação física (Domínguez, 2008).

Em 1936, Heuyer (cit por Domínguez, 2008) utilizou o conceito de habilidades psicomotoras para se referir à relação entre o desenvolvimento de habilidades motoras, inteligência e afetividade. O autor, estudou como os distúrbios das funções motoras são acompanhados por distúrbios de personalidade, tendo estabelecido programas de tratamento para solucionar esses mesmos problemas, sendo uma forma arcaica da “reeducação psicomotora”.

Wallon (Calza, Contant, & Moyano, 2007) é o autor de referência, pois está na origem da psicomotricidade pelas perspectivas que abriu quer pela sua pesquisa sobre o desenvolvimento psicológico da criança, quer pela importância que deu às emoções e ao tônus no desenvolvimento e no acesso à comunicação nas crianças.

Em 1948, Wallon (Falcão & Barreto, 2009) refere a influência do motor no desenvolvimento psicológico da criança, concluindo que o movimento influencia o comportamento do indivíduo e constitui um fator de grande importância para a sua personalidade, isto porque o movimento é um fator essencial no desenvolvimento psíquico e detém um impacto decisivo nas relações com os outros (Domínguez, 2008). Wallon refere que o movimento é o primeiro e único instrumento de expressão do psiquismo.

Wallon (Fonseca, 2010) defendia a importância da atividade sensório-motor e postural como alicerces para a atividade intelectual. Este autor, refere a importância da motricidade na emergência da consciência, existindo uma reciprocidade constante entre os aspetos cinéticos e tónicos da motricidade. Afirma, também, que o corpo é um instrumento de relação com o outro, sendo esta relação indispensável para a terapia psicomotora (Fonseca, 2006). Nos seus estudos, Wallon abordou a compreensão da relação com o outro, através de reações tónico-emocionais, permitindo-nos construir o conhecimento e organizar o sistema emocional, a partir dessas reações tónico-emocionais (Mila, 2003, cit. in Mila, 2008).

Piaget foi dos autores que estudou as relações entre a psicomotricidade e a percepção, descrevendo a importância do período sensório motor e da motricidade (Falcão & Barreto, 2009). Através dos estudos de Piaget, foi possível compreender que a inteligência nasce da

ação e as operações lógicas do adulto são ações sensoriomotoras que sofreram uma série de transformações (Mila, 2003 cit. in Mila, 2008).

Na segunda metade do século XX, a psicomotricidade alcança a sua autonomia, tornando-se uma atividade original com os seus próprios objetivos e meios, recebendo contribuições de diversos autores, nomeadamente, Picq, Vayer, Ajuriaguerra, Aucouturier, entre outros (Domínguez, 2008).

É durante este período que se torna evidente as diferenças entre educação física e educação psicomotora, pois apesar de ambas utilizarem o movimento, possuem objetivos distintos. A educação física utiliza o corpo para a aquisição da automatização dos gestos e estilos técnicos e desportivos, enquanto que a educação psicomotora procura realizar uma educação do Eu corporal, sendo que o movimento é considerado um suporte que permite aos indivíduos adquirir conceitos abstratos (equilíbrio, lateralidade, etc.), algumas percepções (temporal, espacial) e sensações que lhes permitem conhecer o seu corpo e, através dele, conhecer o mundo em seu redor (Domínguez, 2008).

Julian de Ajuriaguerra, psicanalista, é considerado como o “pai fundador” da psicomotricidade, foi também, uma figura importante na psiquiatria francófona, deixando diversas obras nas áreas da psiquiatria, da psicologia do desenvolvimento e na psicologia patológica (Joly, 2016).

Ajuriaguerra, mencionou os transtornos psicomotores, enfatizando a ligação entre o sistema biológico e transtornos psicogénicos, demonstrando uma abordagem integrativa, sendo ainda defendida atualmente (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019). Para Ajuriaguerra, os distúrbios da execução motora estão relacionados com atrasos na maturação e não com lesões focais do sistema nervoso, ressalta ainda que a noção de distúrbio motor não tem uma origem deficitária, mas sim numa disfunção de realização motora (Ballouard, 2008).

Julian de Ajuriaguerra fez a distinção entre deficiência motora e déficit mental, evidenciando uma semiologia psicomotora própria à criança a partir de uma sintomatologia conhecida, mas que ainda não era reconhecida. Em 1959 (Ajuriaguerra, 1959 cit in Ballouard, 2008), isola e define os transtornos psicomotores, integrando contribuições da neuropsiquiatria de Dupré, da psicologia genética de Wallon, da fenomenologia de Merleau-Ponty e da psicanálise de Freud. Ele retém, também, as contribuições sobre a estrutura muscular em hipóteses psicanalíticas de Reich, e nas experiências de relaxamento controlado de Schultz e Jacobson.

Ajuriaguerra desenvolveu a prática da psicomotricidade e criou um conjunto de técnicas de reabilitação ou terapêuticas, sendo que incorporou várias perspetivas clínicas, a partir de métodos de reabilitação e de técnicas de relaxamento (Joly, 2016).

Em 1961, foi introduzida a primeira formação de psicomotricidade no hospital Henri Roussell em França, estando aberto a técnicos com formação na área da saúde (psicólogos, médicos, etc.). No mesmo ano, foi introduzido o ensino de habilidades psicomotoras no Centro Hospitalar Pitié Salpêtrière, também em França (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019).

Durante a década de 70 do século XX, foi determinado o último fator da teoria psicomotora, as relações interpessoais, baseando-se nos fundamentos da psicanálise (Rigal, 2010).

Em 1971, Misès e os seus colaboradores consideram que a terapia psicomotora não tem como principal objetivo a redução de problemas de funções instrumentais, mas sim tornar o indivíduo capaz de assumir o seu corpo nas suas dimensões motoras e narcísicas e nas suas dimensões simbólicas (Liotard, 2008).

Em 1977, Sami-Ali introduz a proposta para permitir a articulação entre as teorias da psicanálise e da psicomotricidade, assim a psicomotricidade incorpora vários conceitos psicanalíticos, tais como, inconsciente, transferência, imagem corporal, entre outros (Falcão & Barreto, 2009).

Durante a época de 80/90 do século XX é apresentada uma nova definição de psicomotricidade, sendo uma “motricidade em relação”. O psicomotricista passa de um olhar voltado para o plano motor, para um olhar mais direcionado a um corpo em movimento. Assim, não se trata de uma reeducação, mas sim de uma terapia que observa e atua num corpo em movimento, cuja emoção se manifesta tonicamente (Levin, 1995 cit. in Falcão & Barreto, 2009).

Desde 1996 que existe o Fórum Europeu da Psicomotricidade (FEP), atualmente possui quinze países membro. Um dos principais objetivos do FEP é promover o reconhecimento da profissão em todos os países membros (European Forum of Psychomotricity, 2020).

Em Portugal, a psicomotricidade surgiu na década de 1980 a partir de uma especialização em Educação Especial e Reabilitação da licenciatura em Educação Física na Faculdade de Motricidade Humana em Lisboa, mais tarde essa especialização passou a ser uma licenciatura independente designada de Educação Especial e Reabilitação, evoluindo para licenciatura em Reabilitação Psicomotora em 2002. Atualmente, esta licenciatura é lecionada na Faculdade de Motricidade Humana em Lisboa, na Universidade de Évora e na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2017).

2.2 Conceito de psicomotricidade

A psicomotricidade não possui um conceito preciso, sendo que para compreender a prática psicomotora é necessário ter em atenção a sua definição, as áreas do conhecimento que basearam a prática psicomotora, a origem da palavra, a visão holística do indivíduo e a especialização do terapeuta.

A psicomotricidade é, habitualmente, definida como uma terapia de mediação corporal, sendo que a sua intervenção tem um carácter essencialmente não verbal. A utilização de técnicas de mediação terapêutica está intimamente relacionada com a psicomotricidade, sendo evidenciadas por Ajuriaguerra e Soubiran em 1959. O termo mediação terapêutica é referente à utilização da relação terapêutica como mediador específico da prática psicomotora (Rodriguez, 2019).

Teoricamente falando, a psicomotricidade detém conhecimentos de diversas áreas, nomeadamente, psicobiológicas, psicofisiológicas, psicológicas, psiquiátricas, psicossomáticas, psicolinguísticas, fenomenológicas, sociológicas, neurocientíficas, psicanalíticas, e da psicopatologia do desenvolvimento (Fonseca, 2001; Joly, 2016). A psicomotricidade utiliza abordagens psicológicas, medicinais, educacionais e reeducativas, sendo que o objetivo é apoiar a construção do pensamento promovendo-o (Zammouri, 2019).

A palavra “psicomotricidade” resulta da articulação entre “psico” e “motricidade”, “Psico” advém do grego “psycho” designando os aspetos cognitivos e afetivos do indivíduo, e “motricidade” refere-se ao corpo e às capacidades motoras. Assim, a palavra psicomotricidade remete para uma articulação fundamental entre o corpo e a psique, englobando sempre a atividade sensorial e motora (Lauzon, 2006; Potel, 2008). A psicomotricidade considera o indivíduo de forma holística e concede importância ao dualismo corpo/psique (Ballouard, 2008; Joly, 2016). Estes dois elementos são complementares do mesmo sistema, sendo que o corpo e a motricidade são componentes essenciais da estrutura psicológica do Eu, pois é durante a ação que o Eu toma consciência de si próprio e do mundo (Fonseca, 2001).

Desde a conceção do termo que a psicomotricidade detém o objetivo de superar o dualismo corpo/mente, tendo a intenção de superar a visão do indivíduo como “pedaços” (o psicológico, a linguagem, a cognição, o afetivo, o neurológico). A psicomotricidade supera essas fragmentações, observando o indivíduo como um “todo” (Mila, 2008). O ser humano deve ser considerado de forma global, devendo ser sempre considerado o seu corpo, os seus pensamentos, as suas emoções e os seus sentimentos (Lauzon, 2006). Ao fundamentar-se nesta visão holística, o psicomotricista detém um entendimento global do ser humano e do seu

desenvolvimento, das suas patologias ou perturbações e nas diversas possibilidades de intervenção (Martins, 2010a).

A psicomotricidade é uma abordagem multidisciplinar do corpo e da motricidade humana, sendo o seu objeto de estudo o ser humano como um todo e as suas relações com o corpo, sejam estas integrativas, emocionais, simbólicas ou cognitivas. O psicomotricista propõe-se a desenvolver as capacidades expressivas do indivíduo, sendo que estas assumem uma dimensão educacional e terapêutica, com objetivos e meios próprios (Fonseca, 2001). A psicomotricidade observa o indivíduo na sua globalidade, considerando e abordando as interações entre as funções psíquicas, comportamentos motores, fatores biológicos e sociais, sendo estas reveladas através das formas de perturbação, do sujeito, ou das relações ou comunicações interpessoais deste com o ambiente, sendo que as causas variam entre a componente orgânica (neurologia) ou relacional (psiquiatria) (Rigal, 2010).

Bernard Aucouturier (cit in Robinson, 2014) refere que o psicomotricista é um especialista no desenvolvimento sensório-motor, possuindo a capacidade de criar, mobilizar e desenvolver o prazer sensório-motor da criança de diversas formas criativas.

A psicomotricidade tem como principal objetivo a promoção ou readaptação das funções psicomotoras que possuem perturbações ou atrasos no seu desenvolvimento devido a fatores biológicos, traumáticos, afetivos e/ou ambientais (Ballouard, 2008). Para Fonseca (2001) o psicomotricista tem como objetivos a mobilização e reorganização das funções psíquicas, emocionais e relacionais do indivíduo; aprimorar o comportamento consciente e o ato mental de onde surge a elaboração e execução do ato motor; edificar as sensações e as percepções a níveis de consciencialização, simbolização e conceitualização; otimizar os potenciais motor, afetivo-relacional e cognitivo, isto é, o desenvolvimento global da personalidade, a capacidade de adaptabilidade social e modificabilidade estrutural do processamento da informação do indivíduo; permitir que o corpo seja um panorama integrador da personalidade, existindo uma reformulação do equilíbrio das relações entre a esfera do psíquico e a esfera do motor.

2.3 Prática psicomotora

2.3.1 Competências do psicomotricista

Em Portugal, ainda não existe nenhuma legislação formal acerca das competências do psicomotricista, porém podemos basear-nos no decreto lei nº88-659 de 6 de maio de 1988 de França que refere as competências do psicomotricista nesse país onde a profissão é amplamente

conhecida e regulamentada. Segundo este decreto lei, os psicomotricistas detêm as competências de realizar a avaliação psicomotora; efetuar educação precoce e estimulação psicomotora; a reabilitação de transtornos do desenvolvimento psicomotor ou transtornos psicomotores subsequentes por meio de técnicas de relaxamento dinâmico, expressão corporal ou plástica e por atividades rítmicas, jogo, equilíbrio e coordenação; contribuir, por meio de técnicas de abordagem corporal, para o tratamento de deficiências intelectuais, transtornos de caráter ou personalidade, transtornos das regulações emocionais e relacionais e transtornos da representação do corpo de origem psíquica e física (Ballouard, 2008).

A APP define como competências do psicomotricista a avaliação do perfil e desenvolvimento psicomotor; o domínio de modelos e técnicas de habilitação e reabilitação psicomotora em populações especiais ou de risco; a prescrição, planeamento, avaliação, implementação e reavaliação de programas de intervenção psicomotora; formação, supervisão e orientação de outros técnicos; consultoria e organização de serviços orientados para a psicomotricidade; criação de propostas de adaptação de modo a maximizar as respostas reeducativas ou terapêuticas (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s/d).

Uma das competências do psicomotricista é implementar uma intervenção orientada para o corpo e para o movimento com o intuito de promover a saúde mental e o funcionamento psicossocial em indivíduos nas diversas faixas etárias, nomeadamente bebés, crianças, adolescentes, adultos e idosos. O psicomotricista é especialista em diversos fatores, nomeadamente na percepção, coordenação, praxias, lateralização, integração espaço-temporal, esquema corporal (relacionado com a consciência corporal), imagem corporal (relacionada com a autoestima), emoção, comunicação não-verbal, comportamento do movimento (intenção, interação, expressão), comportamento no brincar, e interação social e com o objeto (European Forum of Psychomotricity, 2012).

A avaliação é outra das competências do psicomotricista, sendo que tem como objetivo, a avaliação da aquisição dos estados de desenvolvimento psicomotor, realização de um diagnóstico psicomotor, deteção de posturas e movimentos atípicos, observação da regulação tónica, avaliação da coordenação, avaliação das características dos processos de regulação da atividade da criança, observação da criança na realização das atividades do quotidiano e as relações com outras crianças, examinação da aquisição das noções espaço-temporais, valorização do papel da percepção sensorial e observação dos elementos da comunicação não verbal (European Forum of Psychomotricity, 2012; Matias & Morais, 2011). Na avaliação, o psicomotricista tem como funções testar com rigor e precisão para comparar as observações com as normas; observar e ouvir as expressões emocionais para reconhecê-las, avaliá-las e

tentar compreendê-las; considerar as suas próprias experiências no encontro com o paciente (Boscaini, 2008, 2010 cit. in Saint-Cast, 2018).

Através da avaliação o psicomotricista consegue estabelecer uma síntese das capacidades psicomotoras, tomar uma decisão de intervenção e desenvolver o projeto de intervenção, de modo a desenvolver as capacidades expressas e potenciais. Através da avaliação deve ser possível localizar o nível de maturação de comportamentos, formas de agir e comportamentos em referência a escalas cronológicas de desenvolvimento ou evolução das funções psicomotoras; comparar e relacionar os vários resultados para estabelecer possíveis associações e/ou ligações causais; observar o papel das emoções sentidas e expressas voluntária ou involuntariamente nos processos que levam ao transtorno; apoiar o paciente e prestar atenção às dificuldades e às capacidades (Saint-Cast, 2018).

O psicomotricista avalia os fatores psicomotores de modo a compreender o desenvolvimento motor do indivíduo, observar as suas manifestações corporais e analisar os seus possíveis significados psíquicos e cognitivos. Podemos considerar como fatores psicomotores, a tonicidade, o equilíbrio, a lateralização, a noção do corpo, a estruturação espaço-temporal, a praxia global e a praxia fina (Ballouard, 2008; Fonseca, 2010). As percepções psíquicas são transformadas em respostas neuromusculares, estas são observadas através do corpo do indivíduo, nomeadamente, através do tônus muscular e das capacidades motoras do indivíduo (Rigal, 2010).

O psicomotricista dispõe de diversos métodos de avaliação, nomeadamente, protocolos de testes, baterias psicomotoras, escalas de desenvolvimento motor, observação dos movimentos espontâneos, grelhas de observação, questionários, anamneses, entre outros. (Rigal, 2010; Saint-Cast, 2018).

A avaliação inicia-se desde o primeiro contacto com o indivíduo, observando o indivíduo, o seu caminhar, o seu olhar, os constrangimentos, os seus acompanhantes ou ausência de acompanhantes, seguindo-se a avaliação através da anamnese. A anamnese pode ser constituída a partir de uma entrevista semi-diretiva, de modo a questionar o motivo de consulta, o seu desenvolvimento psicomotor, o seu percurso escolar, familiar, a sua história de vida entre outros fatores pertinentes. Após a realização e análise da anamnese, o psicomotricista deve selecionar quais as ferramentas a utilizar para complementar a avaliação (Saint-Cast, 2018; Vincent, 2019).

Os testes que são aplicados na prática psicomotora são diretivos e calibrados, atendendo aos critérios de validade quantitativa. Os testes permitem o estudo aprofundado e preciso de uma capacidade para fins de diagnóstico, sendo que os testes permitem observar o nível de

evolução do indivíduo em comparação com a média (Soubiran & Coste, 1974 cit. in Saint-Cast, 2018). Durante a avaliação, o psicomotricista observa a realização das tarefas propostas, de modo a avaliar os seus comportamentos, sendo esta uma avaliação subjetiva por parte do examinador, assim, o psicomotricista deve ter em atenção a linguagem corporal, a relação com o material, a ocupação do espaço e do tempo (Raynal, 2018; Rodríguez & Llinares, 2008).

A avaliação psicomotora é rigorosa, exigindo, assim que o psicomotricista possua competências e conhecimentos de diversas áreas (Ballouard, 2008).

O resultado da avaliação deve ser interpretado pelo psicomotricista, sendo esta interpretação baseada na análise quantitativa do teste em questão e da análise qualitativa da observação, resultando num perfil psicomotor. O perfil psicomotor é uma reprodução gráfica dos resultados obtidos, permitindo uma rápida análise dos diferentes componentes e determinar os pontos fracos e pontos a desenvolver do indivíduo. Por fim, o psicomotricista realiza o relatório da avaliação, devendo respeitar o vocabulário e as referências do teste realizado de modo a ser compreendido por outros profissionais (Raynal, 2018; Rigal, 2010).

Através da avaliação, o psicomotricista consegue traçar o perfil psicomotor do indivíduo, caracterizando as suas áreas fortes e áreas a desenvolver, deste modo, o psicomotricista conseguirá adequar as atividades da sessão às necessidades do indivíduo (Fonseca, 2001; Rigal, 2010). Através do perfil psicomotor, o psicomotricista deve desenvolver um projeto terapêutico com objetivos específicos de modo a compensar e modificar o potencial psicomotor. Para que os objetivos sejam atingidos, o psicomotricista deve ser um mediador, intervindo nas funções emocionais e afetivas dos indivíduos, utilizando estratégias de intencionalidade, de reciprocidade, significação, de segurança, de conforto, de sentimento de competência, de busca e de satisfação de objetivos, de transferência, de metacognição, etc. (Fonseca, 2001). O projeto terapêutico é modificável e adaptável de acordo com a evolução do indivíduo. Deve ser realizada uma avaliação regular de modo a perceber se existiu melhorias nas capacidades do indivíduo e verificar a necessidade de atualizar o objetivo ou ajustar o método de intervenção (Aubert, 2015).

Outra competência do psicomotricista é a criação de uma relação terapêutica com os seus pacientes, sendo esta uma reunião íntima. Para a existência de uma boa relação terapêutica é necessário ter em consideração a necessidade de uma comunicação verbal e uma comunicação não verbal consistentes, demonstrando a disponibilidade corporal através do olhar, do tom de voz, da musicalidade das palavras, do toque, dos gestos e dos movimentos. É necessário a existência de um acolhimento empático da expressividade motora do outro e das suas harmonias emocionais (Aucouturier, 2007; Liotard, 2008).

Para a criação desta relação terapêutica, o psicomotricista utiliza mediadores corporais, nomeadamente o gesto (acompanha, prolonga ou completa o gesto do outro), o mimetismo (expressão motora do rosto) e a voz. Para poder utilizar os mediadores, o psicomotricista deve possuir uma boa capacidade de expressão, capaz de redescobrir o prazer do jogo (Rodríguez & Llinares, 2008). A postura do psicomotricista, o seu tom de voz e a sua linguagem corporal são uma forma de orientar os indivíduos que não se conseguem apropriar dos instrumentos propostos sozinhos (Bonnotte, Guiltard, & Lequenne, 2015). Devido à sua dimensão afetiva, a relação terapêutica, determina a dinâmica e o sucesso da terapia, sendo que os familiares podem estar associados a esta relação (Rigal, 2010).

Uma outra competência do psicomotricista é a capacidade de observação e escuta, pois é desta forma que consegue compreender o que o outro expressa durante a sessão de psicomotricidade (Rodríguez & Llinares, 2008).

Outra das competências do psicomotricista é adequar a sua atuação de acordo com os seus objetivos e os objetivos da instituição (Barnich & Removille, 2019).

2.3.2 Áreas de intervenção do psicomotricista

São diversas as áreas de intervenção do psicomotricista, sendo que em Portugal, o psicomotricista pode atuar com todas as faixas etárias, seguindo três modelos de intervenção o modelo preventivo, o modelo educativo e o modelo reeducativo ou terapêutico. O objetivo do modelo preventivo é estimular o desenvolvimento motor e das competências sociais, o modelo educativo promove o desenvolvimento psicomotor e o potencial de aprendizagem, por fim o psicomotricista atua segundo modelo reeducativo/terapêutico quando o desenvolvimento motor, o desenvolvimento psicoafetivo e/ou o potencial de aprendizagem são comprometidos pela capacidade de adaptação do indivíduo. O psicomotricista integra equipas, na sua maioria no domínio da educação e da saúde (Matias & Morais, 2011). O psicomotricista pode atuar em diversas populações, desde bebés até idosos, estando incluídos os distúrbios psicomotores nas diversas faixas etárias (Ballouard, 2008).

Na neonatologia, o psicomotricista atua de uma forma imediata e preventiva com o objetivo de promover o desenvolvimento psicomotor do bebé hospitalizado, prevenir a ocorrência de deficiência excessiva e promover o bem-estar do bebé e dos pais. A abordagem psicomotora é complementar à do médico, pretendendo promover a qualidade de vida do bebé e dos pais, outro objetivo, é reduzir as sequelas psicomotoras do nascimento prematuro ao mínimo. Os bebés prematuros são os principais a serem monitorizadas, porém os serviços

neonatais também acolhem bebês a termo com alto risco perinatal, e com risco de desenvolvimento (Buil, 2019).

O bebê necessita de apoio psicomotor para que os pais sejam informados das suas necessidades e manifestações, sendo que em alguns casos, o psicomotricista auxilia os pais a olhar, tocar ou entrar em contacto com o seu bebê assim, a psicomotricidade é importante na criação do vínculo pai/filho (Buil, 2019; Perrier-Genas, 2015).

Na primeira infância, o apoio psicomotor é essencial, sendo que o psicomotricista realiza a prevenção e rastreamento de transtornos associados ao desenvolvimento psicomotor, dando, também, apoio à paternidade, pode realizar o encaminhamento da criança para centros de saúde quando necessário e auxiliar crianças com perturbações e as suas famílias (Collin-Betheuil, 2019). A psicomotricidade auxilia na construção da identidade da criança, evocando uma relação com o tônus, a sensorialidade e as capacidades motoras, estando relacionada com a imagem corporal e o desenvolvimento emocional e cognitivo (Monval, 2019).

A criança com Perturbação da Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA), deve ser acompanhada por uma equipa multidisciplinar, sendo que a psicomotricidade deve estar incluída nesta equipa (Taylor et al., 2004 cit. in Marquet-Doléac, 2015). Durante a intervenção com crianças com PHDA, o psicomotricista propõe a realização de atividades que implementem o autocontrolo (Marquet-Doléac, 2015).

Na deficiência intelectual encontra-se uma interrupção ou atraso do desenvolvimento e um déficit das funções adaptativas, dificultando a aquisição de autonomia. As crianças com deficiência intelectual apoiam-se no seu desenvolvimento para adquirir a sua autonomia, sendo este um dos principais desafios do psicomotricista. A criança com déficit intelectual necessita do apoio e adaptação do terapeuta e uma adaptação do acompanhamento terapêutico para otimizar as suas capacidades. O psicomotricista deve ter uma perspetiva terapêutica e adaptar-se à criança, através de mudanças nas atividades, mediações ou equipamentos durante a sessão (Cifuentes, 2019).

As crianças com multideficiência necessitam da prática psicomotora, sendo que algumas das mediações benéficas para estas crianças são a estimulação snoezelen, atividades aquáticas, música, dança e ginástica ligeira, relaxação, terapia assistida com cavalos, atividade física adaptada e atividades assistida com a arte (Bonnotte, 2019).

As crianças surdas sem distúrbios associados não costumam ser referenciados para a psicomotricidade, porém esta é uma terapêutica essencial para a saúde psíquica da criança, pois através da psicomotricidade a criança irá conseguir aceder ao simbolismo através do diálogo corporal. A intervenção psicomotora em crianças surdas, é repleta de expressividade e

criatividade, sendo que através desta intervenção a criança descobre um espaço de separação que lhe permite investir e orientar o seu próprio espaço corporal à sua identidade (Cajal, 2019; Lecervoisier, 2015).

As indicações terapêuticas da criança com deficiência visual variam de acordo com o grau de deficiência, sendo que as principais indicações são relativas ao esquema corporal, às capacidades motoras, tónus, locomoção, maturação neurológica, equilíbrio, organização espacial e representação mental, e inibição. Estas crianças podem apresentar disgrafia, distúrbio de coordenação óculo-manual, dificuldades de atenção e concentração, dificuldades de organização, dificuldades lógico-matemática, distúrbios gnósico-práticos, distúrbios tónico-emocionais e ritmo mais lento (Bernard, Buissard, & Gay-Brown, 2015). A abordagem psicomotora na criança com deficiência visual deve possuir uma especificidade para esta criança, sendo que o objetivo do psicomotricista é criar representações típicas no jovem e corrigir ou melhorar as representações mentais já existentes, através de múltiplas experiências sensorio-percetivo-motoras, estimulação constante e verbalização. É fundamental garantir a qualidade da percepção e correta compreensão dos atos ou lugares e a sua representação, quando o psicomotricista intervém com crianças com deficiência visual. A verbalização e materialização com maquetes, estatuetas, construções e manipulações são de grande importância (Gay-Brown, 2019).

Relativamente a crianças com transtorno de ansiedade, é comum que os pais consultem o psicomotricista devido a outros sinais mais visíveis, nomeadamente constrangimentos gráficos, desequilíbrios comportamentais (instabilidade, inibição, etc.), pois, muitas das vezes, o transtorno da ansiedade é ocultado por outros problemas escolares, emocionais, relacionais, entre outros (Étienne, Jacquet, & Scialom, 2015). As crianças com ansiedade possuem, muitas vezes, risco de fracasso escolar ou de desinvestimento cognitivo e social, por essa razão, o psicomotricista deve observar e analisar a criança de modo a não banalizar ou subestimar o impacto que esta perturbação tem nela (Étienne et al., 2015).

A adolescência é um período sensível e de grandes mudanças para o indivíduo, sendo um período com grandes potencialidades, mas também com riscos para a saúde física e psíquica. Na adolescência podem surgir perturbações na imagem corporal e sexualidade, problemas de autoestima, pensamentos depressivos, problemas de comportamento alimentar, comportamentos de risco (álcool, drogas, etc.), entre outras. Assim, o acompanhamento psicomotor é de grande importância de modo a prevenir descompensações psiquiátricas e promover comportamentos saudáveis. Os objetivos da intervenção do psicomotricista são informar e discutir acerca do seu desenvolvimento e mudanças durante a adolescência, a

imagem corporal, as suas alterações e o seu impacto na autoestima, nas interações, nos comportamentos e nos transtornos psicopatológicos; partilhar recomendações para a promoção da saúde (sono, alimentação, higiene); permitir a consciencialização das práticas corporais voltadas para o bem-estar, prevenção e controlo do stress, valorização da imagem corporal, expressão das emoções, relaxação; realizar uma triagem para distúrbios psicomotores; identificar adolescentes em sofrimento e encaminhar para um local de acolhimento (Paumel, 2019).

A intervenção psicomotora direcionada para indivíduos com autismo, de qualquer faixa etária, tem como objetivo auxiliar a aquisição de comportamentos adequados em todas as áreas da sua vida. O psicomotricista deve intervir a nível do desenvolvimento global, mais especificamente nas capacidades motoras, na sensorialidade e no esquema corporal (Jacquet, Jutard, Menn-Tripi, & Perrin, 2015). Segundo André Bullinger, existem cinco desorganizações psicomotoras que podem existir no autismo, o distúrbio do endireitamento, distúrbios orais, dificuldades de coordenação de flexão/extensão, fragilidade na construção do esquema corporal e falta de coordenação da parte inferior do corpo. Os indivíduos com autismo costumam possuir perturbações relativas à sensorialidade, sendo que por estas razões, a intervenção psicomotora é de grande importância nesta população (Meurin, 2019).

A intervenção psicomotora é fundamental para os indivíduos com deficiência intelectual e desenvolvimental, pois o desenvolvimento psicomotor destes indivíduos encontra-se alterado, sendo que através da intervenção psicomotora é possível estimular o seu processo de maturação, promover a relação entre o indivíduo e o seu envolvimento e promover a sua autonomia (Leitão, Lombo e Ferreira, 2008 cit. in Valente, Santos, & Morato, 2012).

O médico pode prescrever sessões de psicomotricidade em pacientes ortopédicos e neurológicos quando se apercebem que o paciente está em sofrimento psicocorporal, esta prescrição pode surgir, também, por outros profissionais da área da saúde quando observam bloqueios psico-corporais que dificultam o tratamento ou reabilitação. As problemáticas referenciadas com mais frequência são problemas de imagem corporal e esquema corporal (convulsões corporais, dores crónicas, perda de autoestima), equilíbrio e marcha (perda de verticalidade, padrão de marcha), regulação tónico-emocional (gestão de emoções, medos e dor), inibição psicomotora (perda de mobilidade corporal e psíquica) (Baylot, Bednarek, & Fradet, 2019).

O psicomotricista deve atuar na área da psiquiatria e saúde mental em adultos, sendo que a psicomotricidade tem como principais objetivos melhorar a imagem corporal, promover o gerenciamento da ansiedade, promover o reinvestimento físico, incrementar o

relacionamento com os outros, permitir o retorno à realidade através da experiência corporal, promover a expressividade e sintonia de emoções, e promover a regulação tónica. Podem ser referenciados para psicomotricidade para gerir a instabilidade ou inibição psicomotora, promover a coordenação/equilíbrio e para o tratamento da dor (Baudet & Carrette, 2019). Nos casos de ansiedade no adulto, a terapia psicomotora é muito importante, nomeadamente os métodos de relaxação (Saint-Cast, 2015).

O psicomotricista desempenha um importante papel no acompanhamento do paciente com dor, sendo que os pacientes reaprenderão a dominar o seu corpo por meio de técnicas de relaxação, toque terapêutico e muitas outras. Alguns métodos, como o jogo dramático, convidam os pacientes a sair do seu isolamento, compartilhando as suas experiências e fraquezas num ambiente seguro (Rousseau-Salvador & Louvel, 2019).

O psicomotricista pode atuar em populações com abuso de substâncias, sendo que nestes indivíduos, iremos encontrar uma má integração do esquema corporal, deterioração do corpo devido a danos orgânicos ligados ao consumo ou a um estilo de vida precário, pouca sensibilidade ao toque ou hipersensibilidade e sensação de que o corpo não é habitado psiquicamente. Nos consumidores de substâncias alcoólicas podemos encontrar, também, perturbações no equilíbrio dinâmico e estático, distúrbios no tónus, distúrbios de coordenação, distúrbios na imagem corporal e deficiência do imaginário. Durante a desintoxicação é comum observar distúrbios do equilíbrio, dificuldades de coordenação e dificuldades de organização sensoriomotora. (Constant & Exposito, 2019; Delfaure, Hourgron, & Ramo, 2015). A intervenção psicomotora tem como objetivo a reabilitação destes distúrbios psicomotores quando são detetados, ou pode ser prescrita para sintomas relacionados com a ansiedade, distúrbios do sono, dor crónica (pode ser a causa do consumo de substâncias) desinvestimento corporal e dificuldades em desenvolver a verbalização (Delfaure et al., 2015).

Em indivíduos que sofreram um Acidente Vascular Cerebral (AVC), a terapia psicomotora é deveras importante devido à necessidade de promover o esquema corporal, a sensorialidade e sensibilidade, do equilíbrio e coordenação motora e do tónus. Algumas das metodologias que o psicomotricista utiliza nestes indivíduos são terapias mediadas pela arte, toque terapêutico, e relaxação (Carpentier & Périllat-Mercerot, 2015).

Durante o envelhecimento, o indivíduo sofre mudanças a nível físico, sensorial e cognitivo, sendo que as sessões de psicomotricidade têm como objetivos neutralizar e diminuir os efeitos do envelhecimento. O psicomotricista utiliza uma intervenção direcionada para os indivíduos mais idosos, denominada de gerontopsicomotricidade, sendo que através desta intervenção é possível a utilização de uma abordagem integrativa a nível fisiológico,

(permitindo o relaxamento e a promoção das praxias), a nível psicoterapêutico (lidando com a dimensão simbólica do corpo), e a nível do corpo emocional (permitindo uma dessensibilização emocional e modela as imagens mentais) (Lefèvre, 2019).

Em indivíduos com demência, a psicomotricidade tem como objetivos reduzir as manifestações comportamentais patológicas, melhorar o humor e o bem-estar do indivíduo, preservar as suas capacidades e estabilizar ou reduzir o agravamento de deficits cognitivos, sendo que o psicomotricista deve orientar a equipa de assistência e a família do indivíduo de modo a promover a sua qualidade de vida (Wenisch et al., 2005 cit. in Martin, 2015). Nestes casos, distingue-se a intervenção focada na estimulação cognitiva, na intervenção voltada para a relação cuidador-cuidado e intervenção voltada para o desenvolvimento do ambiente físico (Benoit et al., 2005; Brocker et al., 2005; Dorenlot, 2006; Pahin et al., 2011 cit. in Martin, 2015).

Os cuidadores ou familiares estão expostos a uma grande pressão e stress, por essa razão, a intervenção psicomotora é benéfica para estes indivíduos. O psicomotricista pode realizar intervenções através de grupos educacionais, reunindo alguns cuidadores e permitindo que estes partilhem experiências através de diversas atividades, o psicomotricista, pode, também, realizar intervenções de relaxação para estes cuidadores, utilizando métodos mais passivos numa sessão inicial e evoluindo para métodos mais ativos (Roux, 2019).

A psicomotricidade pode ser apropriada para diversas problemáticas, tais como: prevenção e reforço de bem-estar; perturbações psicomotoras relacionadas com problemas de neuro desenvolvimento; perturbações psicomotoras relacionadas com distúrbios de estrutura (esquema corporal, lateralidade, organização espaço-temporal); desarmonias psicomotoras; distúrbios tónico-emocionais; problemas ou distúrbios em experiências corporais; sentimentos e sensações a nível corporal (interoção, intimidade, sexualidade); perturbações da imagem corporal e da postura; problemas psicossomáticos; perturbações emocionais ou comportamentais (inibição, instabilidade, hiperatividade, comportamentos agressivos); problemas a nível intelectual, sensorial, motor ou psicológico; perturbações psiquiátricas (European Forum of Psychomotricity, 2012).

Segundo o decreto lei nº88-659 de 6 de maio de 1988, que refere as competências do psicomotricista na França, as indicações terapêuticas da psicomotricidade são: atrasos no desenvolvimento psicomotor; distúrbios da maturação e regulação tónica; distúrbios no esquema corpora; transtornos da lateralidade; desordens de organização espaço-temporal; desarmonias psicomotoras; transtornos tónico-emocionais; desordens motoras e gestuais; dispraxias; debilidade motora; inibição psicomotora; instabilidade psicomotora; distúrbios da

grafomotricidade, excluindo a reabilitação da linguagem escrita (Ballouard, 2008). Os distúrbios que são referenciados para a psicomotricidade podem ter origem psíquica e motora, nomeadamente, tiques, gaguez, instabilidade motora, disgrafia, distúrbios de lateralidade, de tónus muscular, descoordenações motoras, dispraxias ou distúrbios da coordenação, gestos impulsivos ou demasiado lentos, disfunção tónica, distúrbios na percepção espaço-temporal, distúrbios escolares (disgrafia, dislexia), psicoafectivos (instabilidade, terror noturno, impulsividade) e neuromotores (paratonias, câibras) (Calza et al., 2007; Rigal, 2010).

O psicomotricista pode atuar em diversos locais, nomeadamente, creches, jardins de infância, escolas (básicas e secundárias), centros de dia, instituições para indivíduos com deficiência, hospitais gerais e psiquiátricos, projetos municipais, centros paliativos, lares de terceira idade e clínicas privadas (European Forum of Psychomotricity, 2012).

Nas creches, a intervenção psicomotora pode ser utilizada a qualquer hora do dia, utilizando jogos livres ou organizados, atividades físicas, recreativas, desportivas ou de expressão e atividades do quotidiano (comer, vestir) (Lauzon, 2006).

A psicomotricidade deve estar presente no jardim de infância e nos primeiros anos de escolaridade de modo a introduzir conhecimentos das noções de organização espacial, temporal, lateralidade, esquema corporal, e coordenação motora, pois estas noções são essenciais para uma aprendizagem eficiente, devendo utilizar técnicas de estimulação motora e sensorial para promover estas noções (Jobim & Assis, 2008; Rigal, 2010).

Em contexto escolar, o psicomotricista pode atuar de forma preventiva ou educacional, de modo identificar e promover a inteligência e autoconfiança das crianças, tendo como objetivo a integração das funções motoras e mentais (Rigal, 2010; Valentin-Lefranc, 2019).

O psicomotricista pode atuar na prevenção primária com alunos de ensino básico e médio, ou em centros de educação especial, como por exemplo, centros para jovens delinquentes (Paumel, 2019).

O psicomotricista pode atuar em instituições de cuidados paliativos, pois nestas instituições existem indivíduos com diversas patologias e alterações corporais que podem advir de tratamentos (cirurgias, quimioterapia, radioterapia, etc.), perturbando as sensações e percepções do indivíduo. Nestes casos os indivíduos podem sentir que o seu corpo é estranho, já não o reconhecem como um espaço familiar e seguro, sendo que o indivíduo pode sentir uma angústia (Forest & Bednarek, 2015). As indicações para os cuidados paliativos mais frequentes são a desordem de investimento corporal; desaceleração psicomotora (diminuição das capacidades motoras espontâneas; deficit de atenção, por exemplo); avaliação da gestão de repercussões psicomotoras que advém de sintomas persistentes (experiência de fragmentação,

apreensão ao toque/movimento, por exemplo); ansiedade somatizada; distúrbios tónico emocionais (por exemplo, hipertonia/ansiedade, hipotonia/depressão); distúrbios do esquema corporal; perda gradual de autonomia, distúrbios na imagem do corpo, distúrbios de comunicação (Cocaign, Thérain-Sommain, & Guiose, 2019).

Nos cuidados paliativos, o psicomotricista atua, principalmente: na ansiedade relativa a manifestações somáticas (tensões corporais, distúrbios respiratórios, agitações psicomotoras, etc.); na dor e nas suas consequências no esquema corporal; no desinvestimento de si mesmo; e distúrbios do esquema corporal e da imagem corporal, levando à perda de autoestima (Forest & Bednarek, 2015).

A nível da intervenção em instituições de idosos, o psicomotricista intervém assim que o indivíduo é avaliado ao entrar na instituição. O projeto terapêutico pode ser realizado individualmente ou em grupo, sendo que quando se trata de um sintoma ou atendimento de curto prazo numa instituição, o atendimento individual é mais frequente, sendo prescrito para corresponder ao sintoma do paciente. Quando a intervenção é individual, permite que a terapêutica seja adaptada à problemática do indivíduo. Por vezes o aumento da dependência do idoso pode isolá-lo dos restantes pacientes da instituição, nestes casos pode-se realizar uma intervenção em grupo terapêutico de modo a promover o contacto com os outros a fim de redescobrir o prazer de estar num grupo e de se sentir valorizado pelos outros (Barnich & Removille, 2019).

Na intervenção psicomotora ao domicílio, dependendo do projeto terapêutico, as sessões de psicomotricidade podem-se concentrar na estimulação sensorial, na regulação tónico-emocional, no ajuste postural e na estimulação cognitiva. A estimulação sensorial é necessária para promover o esquema corporal, sendo utilizados materiais de diversas texturas, tamanhos, formas, pesos e o toque terapêutico, sendo que ao utilizar o toque terapêutico é promovido o esquema corporal, a imagem corporal ou distúrbios de comportamento. A regulação tónico-emocional é, frequentemente, deficitária no envelhecimento, sendo utilizadas técnicas de relaxação adaptado ou de expressão corporal para permitir ao indivíduo que tenha acesso a outros estados tónicos e emocionais. Com o ajuste postural, procura-se a regulação tónica, o esquema corporal e a proprioceção. A estimulação cognitiva realiza-se através da solicitação de marcadores temporais e espaciais, pela implementação de funções executivas durante as atividades quotidianas (Roux & Brandily, 2019).

2.3.3 Sessão de psicomotricidade

A sessão de psicomotricidade possui uma estrutura padrão, devendo esta estrutura ser adaptada a cada indivíduo, a sessão-tipo possui um descondicionamento, atividades relacionadas com os objetivos terapêuticos, sendo o último momento da sessão dedicado à atividade representativa. Neste último momento, o indivíduo expressa-se por diversos meios (desenho, moldagem, verbalização) a forma como internalizou as experiências vividas durante a sessão, por vezes, quando o indivíduo não consegue contar o que vivenciou na sessão através da sua representação, o psicomotricista deve estimular a sua memória individual da sessão, para isso são realizadas questões, tais como, qual a atividade que mais ou menos gostou. Esta estratégia facilita o desenvolvimento de processos cognitivos como a atenção e a memória (Fonseca, 2006; Rodríguez & Llinares, 2008). As sessões de psicomotricidade são baseadas na permissividade, na escuta, na observação, no diálogo com o indivíduo, o olhar, o estabelecimento de uma relação através do contacto direto ou através de objetos mediadores (Rigal, 2010).

O psicomotricista pode realizar a sua intervenção em contexto multidisciplinar, realizando as sessões sozinho ou em co-terapia, podendo intervir em contexto individual ou de grupo (Carpentier & Périllat-Mercerot, 2015).

Relativamente ao contexto de intervenção, o psicomotricista pode intervir numa sala ou num ginásio, como um companheiro “simbólico” que se inclui na brincadeira da criança de modo a promover o seu amadurecimento (Aucouturier, Darrault & Empinet, 1985 cit. in Rodríguez & Llinares, 2008). Entrar na brincadeira supõe entrar na brincadeira como um companheiro, sendo a relação mais fluída e menos desigual, sendo que o psicomotricista perde o poder de ensinar para entrar no poder de comunicar, de responder (Rodríguez & Llinares, 2008).

O psicomotricista pode realizar a sua intervenção em meio equestre. O cavalo tem a particularidade de ser um mediador vivo, sendo um aliado terapêutico nos diversos aspetos. O cavalo é uma experiência sensorial forte, ele estimula o toque, o cheiro, a vista, a audição e a propriocepção, permitindo experiências sociais ricas e variadas que permitirão ao indivíduo ter consciência de si mesmo e dos limites do seu corpo (Fillion, Martin, & Molard, 2015).

Através da intervenção assistida pelo cavalo é possível abordar o tónus, o eixo corporal, o equilíbrio, o envelope, os limites corporais, a comunicação não verbal e os seus aspetos emocionais, a segurança básica, o desenvolvimento da exploração, interação com o meio, investimento espacial, confiança em si, tomada de iniciativa, etc. (Fillion et al., 2015).

A terapia psicomotora em meio aquático é indicada para promover a socialização, a autonomia, a reestruturação psicomotora e revalorizar a autoestima. A água possui propriedades que permitem criar um jogo sensoriomotor, o corpo é envolvido pela água a nível muscular e esquelético, sendo que todas as funções psicomotoras são solicitadas por este envolvimento, as vibrações sonoras criam vibrações poderosas que são sentidas pelo corpo, a água ajuda a estabelecer uma relação entre o psicomotricista e o indivíduo (Potel, 2015).

A intervenção psicomotora em meio aquático, permite à criança explorar as suas capacidades motoras, ter o prazer de viver o seu corpo, os seus gestos, o seu equilíbrio num espaço que é adaptado a si e em total segurança (Lamouline, Lescarbotte, Potel-Baranes, Teillet, & Thirant, 2019). A psicomotricidade em meio aquático é recomendada a bebés, crianças, adolescentes e adultos, sendo que algumas das indicações terapêuticas são relacionadas com a área da psiquiatria, da geriatria ou da reeducação funcional (Potel, 2015).

O conceito de Snoezlen combina o bem-estar e a exploração sensorial (Hulsegge & Verheul, 2004 cit. in Feuillerat, 2015). Os ambientes confortáveis da sala de Snoezlen são propícios à estimulação dos cinco sentidos, com a utilização de música, jogos de luz, vibrações, sensações táteis e olfativas (Feuillerat, 2015b).

A abordagem multissensorial consiste na promoção de variadas experiências sensoriais numa atmosfera de confiança e de relaxamento, favorecendo a estimulação dos sentidos primários. A estimulação multissensorial pode ser proposta a indivíduos que sofram de tensões crónicas associadas ao stress, a pessoas que sofram ansiedade, fobias, depressão, a crianças com problemas do desenvolvimento, hiperatividade, a crianças ou adolescentes com paralisia cerebral, traumatismos cranianos, indivíduos com dores ou modificações da consciência corporal, idosos com perda de autonomia e de percepção sensorial, indivíduos com Alzheimer, etc. (Feuillerat, 2015b).

O psicomotricista utiliza diversas formas de terapia na sua prática, nomeadamente atividades de movimento, atividades lúdicas, atividades expressivas, atividades de consciência corporal, atividades artísticas e criativas, toque terapêutico, relaxação psicomotora, estimulação e integração de percepção, atividades grafomotoras, atividades ao ar livre (European Forum of Psychomotricity, 2012; Zammouri, 2019). O psicomotricista adapta a metodologia e técnica para cada indivíduo, sendo que todas as técnicas têm um denominador comum, o corpo em movimento e em expressão (Ballouard, 2008).

O psicomotricista intervém utilizando os materiais, o espaço, a linguagem e o corpo de modo a complementar ou evoluir o jogo (Aucouturier, Darrault & Empinet, 1985 cit. in Rodríguez & Llinares, 2008). O psicomotricista posiciona-se como um parceiro que auxilia na

simbolização de determinados papéis, e incentivando diversos jogos e diversas situações que ajudam a criança a expressar e elaborar de forma satisfatória as suas experiências (Rodríguez & Llinares, 2008).

O psicomotricista é dos profissionais com mais formação para implementar métodos de relaxação. O estado de relaxação é uma experiência de um profundo relaxamento corporal e psíquico, sendo que promove relaxamento neuromuscular, diferenciação dos estados musculares, consciência corporal e alteração do estado de consciência (Saint-Cast, 2015).

Os métodos de relaxação têm como objetivo permitir que o indivíduo tome consciência do seu corpo através da utilização de induções verbais ou táteis (Rigal, 2010). A relaxação pode ser considerada uma técnica psicocorporal que é capaz de atuar sobre a organização tónica do indivíduo, influenciando o seu nível de vigília e precipitar uma modificação dos estados de consciência. Estas técnicas têm como objetivo regular e harmonizar as funções fisiológicas e psicológicas (Guiose, 2015).

Os métodos de relaxação promovem a estabilização da postura; facilita as capacidades motoras; promove o ajuste prático; delinea a topografia do corpo; fortalece o investimento corporal; integra referências espaço-temporais; reconhece as reações emocionais; libera as associações e as imagens entre corpo, emoção, afetos conscientes ou inconscientes; recuperação da fadiga; equilíbrio das funções cardiorrespiratórias e fisiológicas; controla os principais ritmos corporais (sono, fome, etc.); melhora nos sintomas de patologias psicossomáticas e reação ao stress (Saint-Cast, 2015). Através da relaxação, é possível aceder ao conhecimento e à consciência corporal (sentindo, localizando e nomeando as partes corporais) de modo a organizar o espaço e o tempo (Rigal, 2010). Algumas das indicações terapêuticas da relaxação são indivíduos que sofram de stress ou ansiedade (Guiose, 2015).

São diversos os métodos de relaxação que o psicomotricista pode utilizar, nomeadamente o ciclo inferior do treino autógeno de Schultz, a relaxação progressiva de Jacobson, a eutonia de Gerda Alexander, entre outras (Guiose, 2015; Rigal, 2010).

Outra das metodologias que o psicomotricista pode utilizar na sua sessão é o jogo, sendo que é através deste que a criança desenvolve as suas capacidades psico-corporais, sensoriomotoras ou cognitivas, a criança aprende a gerir as suas emoções e a sua vida relacional sem risco nem proibições (Feuillerat, 2015a; Scialom, 2015). Geralmente, é nos momentos de jogo, que a agressividade, a repetição, a expressão da ausência de limites, a falta de afetividade, etc. se manifestam, exigindo que o psicomotricista analise as competências da criança, promovendo a sua regulação e o seu desenvolvimento (Rodríguez & Llinares, 2008).

O jogo sensoriomotor é um jogo de descoberta, de desinibição e que permite que a criança teste e desenvolva o seu potencial corporal. O psicomotricista permite que a criança experimente jogos de cariz sensorial, jogos de labirintos e estimulação propriocetiva favorecendo a abertura da criança à emoção e à experiência (Aucouturier, 1994 cit. in Rodríguez & Llinares, 2008). Os jogos sensoriomotores permitem que a criança descarregue as suas tensões, a sua agressividade e a sua ansiedade, permite também, que a criança desenvolva confiança nas suas possibilidades, melhorando a sua capacidade de iniciativa e autoconceito, descobrindo sensações e movimento que o ajudam a melhorar as suas capacidades motoras. O psicomotricista pode encorajar a criança nas suas descobertas, reforçá-las, propor novas descobertas corporalmente ou oralmente e ajuda-la de modo a favorecer o prazer corporal e relacional de modo a mobilizar a sua maturação psicomotora (Rodríguez & Llinares, 2008).

O brincar simbólico supõe uma expressão mais profunda da vida afetiva da criança, sendo necessário que o psicomotricista observe e interprete o uso do material pela criança, o uso dos espaços, o relacionamento com os outros e o enredo do jogo, de modo a compreender o sentido simbólico da criança e para ajustar a sua resposta (Rodríguez & Llinares, 2008).

A psicomotricidade pode utilizar aspetos da arte durante a sua intervenção, nomeadamente, música, voz, dança, ritmo, mímica, jogo dramático, expressão plástica, entre outros (Giromini & Lesage, 2015).

Através da expressão pictórica em psicomotricidade, existe a passagem do real a uma representação que apela ao nosso imaginário e à sensorialidade, através da visão, do tátil (sentir com os dedos ou pelo intermédio do lápis ou pincel), o olfato (odor da tinta) e o auditivo (ouvir o barulho do lápis ou pincel) (Gobertiere, 2015).

A dança pode ser um mediador na intervenção psicomotora, sendo que a dança e a psicomotricidade têm em comum os fundamentos do movimento que são o corpo, o espaço, o tempo, o diálogo tónico e a criatividade. Através da dança o corpo é colocado como um material de sentir, viver e de se apropriar ou reapropriar, sendo que a capacidade de ser um bom dançarino não é importante, pois o mais importante é ser afetado por esta mediação e controlar os seus problemas terapêuticos (Hemelsdael, Moreau, & Vennat, 2015).

O movimento da dança remete para uma dimensão temporal e espacial e para o simbolismo. Através da dança o corpo adapta-se aos princípios da sucessão e da sequência do movimento, o investimento dos diferentes níveis do espaço ou das diferentes direções, e o simbolismo que é o suporte da criatividade, sendo que a utilização de objetos mediadores como tecidos, imagens, bastões ou até mesmo a música invocam o imaginário e os sistemas do corpo

de forma muito variado. Através da dança, o indivíduo é convidado a encontrar uma musicalidade do movimento através do jogo de energia, das tensões/relaxação e a respiração. A dança permite encontrar vias de acesso à simbolização utilizando o contacto, a respiração e a voz (Louppe, 2004 cit. in Hemelsdael et al., 2015).

A utilização da música e do ritmo nas sessões de psicomotricidade são muito comuns, tendo como principais objetivos a percepção rítmica e o registo de temporalidade; mobilizar as sensações corporais, as emoções e os afetos; solicitar a memória e a concentração; promover a relaxação neuromuscular para a libertação do movimento; favorecer um perfil de tranquilidade; desenvolver a criatividade e a sensibilidade; promover as capacidades de comunicação e de verbalização (Pijulet, 2015).

As indicações terapêuticas para a utilização de música e ritmo são problemas de expressão emocional ou linguagem; problemas de humor, ansiedade; problemas de percepção do tempo e da adaptação rítmica; problemas aliados à memória; deficits de atenção e concentração; problemas de aprendizagem (dislexia, disgrafia, etc.); problemas grafomotores e de motricidade fina; problemas de comportamento (inibição/hiperatividade); problemas de comunicação e de relação; problemas do espectro do autismo (Pijulet, 2015).

A mímica pode ser utilizada nas sessões de psicomotricidade, sendo que é a representação de todos os estados de humor e situações do ser humano. Através da mímica corporal o corpo exprime-se na sua globalidade, abordando o abstrato e o simbólico. Na prática psicomotora, as técnicas de mímica tornam-se um meio de consciência de si, através dessa abordagem corporal específica, original e completa, afetando o ser humano em todos os seus aspetos até o despertar da sua criatividade (Gaillard, 2015).

Ao utilizar a mímica nas sessões de psicomotricidade, estão a ser utilizados os fatores psicomotores, sendo enriquecidos por um trabalho permanente na concentração e na respiração consciente. Esta técnica permite: a promoção do esquema corporal através de movimentos expressivos, simbólicos e criativos; a reestruturação espaço-temporal; o trabalho através da escuta; o espaço real e imaginário; o tônus muscular, com a consciência de alternância de tensão/relaxação; equilíbrio; coordenação e dissociação; a recetividade sensorial; o ritmo (Gaillard, 2015).

O jogo dramático é uma atividade que envolve diferentes níveis de funcionamento do corpo real ao imaginário, do cognitivo à representação, sendo que a representação cénica suporta as representações psíquicas. A utilização do jogo dramático em psicomotricidade melhora as capacidades de simbolização, oferecendo apoio aos processos psíquicos a partir de

experiências corporais, a dimensão dinâmica do jogo dramático conduz o paciente a encontrar criatividade (Villain & Gazon, 2015).

A expressão grafomotora é constituída por todos os tipos de traço, desde o rabisco à escrita, sendo uma atividade sensoriomotora expressiva, cognitiva, motora ou psicoafectiva, os preditores do sucesso e precisão do grafismo são, a atenção, a percepção visual e o controlo visuo-motor. O traço é o mediador do ato de pensar, sendo que o objetivo da expressão grafomotora é desenvolver a representação mental e a organização e estruturação do pensar para uma expressão com maior qualidade (Dieuleveult, 2015).

Uma intervenção psicomotora estimulante deve atrair a atenção da criança, tornando-a ativa durante a sessão. A utilização de objetos e movimento é uma das abordagens para manter a intervenção estimulante. O psicomotricista pode utilizar objetos como mediadores da terapêutica, podendo estes serem utilizados de forma estática, em que o objeto apenas serve de ponto de referência (arcos ou pinos) ou pode ser utilizado de forma dinâmica, movimentando-o e manipulando-o (Lauzon, 2006). O material do psicomotricista é muito diversificado, sendo utilizados desde pequenos a grandes equipamentos (Rigal, 2010).

Como material, pode ser considerado os jogos de manipulação que promovem a praxia fina, nomeadamente, tesouras, pincéis, marcadores, quebra-cabeças, blocos, entre outros; os jogos motores que promovem a praxia global e a coordenação, nomeadamente, bolas, balões, lenços, cordas, cones, cilindros, entre outros. Existe, também, o grande material que se encontra em ginásios, nomeadamente, traves, cordas de escalada, trampolim, colchões, parede de escalada, entre outros (Rigal, 2010).

2.4 Psicomotricidade na Europa

Os países Europeus possuem diferentes níveis de desenvolvimento da prática psicomotora, existindo diferenças a nível da educação e na prática, tendo como elemento comum, a observação do indivíduo como um todo (European Forum of Psychomotricity, 2020).

Na Alemanha, a psicomotricidade é direcionada para crianças, adolescentes, adultos e idosos com problemas de saúde leves, moderados ou graves, conforme definido na classificação da Organização Mundial de Saúde, através de uma perspetiva preventiva e/ou terapêutica. O psicomotricista atua de acordo com um modelo biopsicossocial, sendo a terapia psicomotora baseada em evidências científicas e clínicas (Probst, 2016).

Nos anos 60/70 a Bélgica teve um papel deveras importante no desenvolvimento da psicomotricidade nas regiões francófonas da Europa. Diversos psicomotricistas e professores

de diferentes disciplinas da psicomotricidade têm realizado um enorme trabalho, permitindo identificar e clarificar a especificidade da intervenção psicomotora, diferenciando-a de outras áreas da saúde e educação (Yernaux, s/d).

Na Bélgica, o psicomotricista detém diversas funções, nomeadamente: assegurar o atendimento individual e/ou em grupo com o intuito de uma intervenção multidisciplinar; desenvolver uma abordagem multidisciplinar; observar os potenciais de identidade e de relação do indivíduo; detetar as fragilidades específicas do desenvolvimento; estabelecer uma relação empática e manter uma comunicação respeitosa com o paciente e familiares; criar condições relacionais, espaciais e temporais favoráveis ao desenvolvimento psicomotor do indivíduo em todas as faixas etárias; estabelecer uma avaliação psicomotora dos problemas da esfera somatognósica; acompanhar indivíduos com dificuldades de aprendizagem, com deficiências, distúrbios psicossociais ou patologias físicas e psiquiátricas; abordar problemas de expressividade psicomotora através de processos tónico-emocionais e relacionais; desenvolver uma intervenção terapêutica baseada nas experiências corporais vividas pelos parceiros da relação psicomotora; escrever relatórios detalhados e adaptados ao destinatário, mantendo os arquivos atualizados; contribuir para o desenvolvimento e propagação de ferramentas metodológicas e teóricas específicas; participação na construção de representações e normas coletivas, construindo a sua identidade profissional e social; comparar a sua experiência com a de outros profissionais, escrevendo textos estruturados e fundamentados; desenvolver uma prática reflexiva, de modo a atualizar e adaptar as suas referências teóricas, metodológicas e em termos de práticas corporais, registando a sua atividade profissional numa estrutura deontológica e ética (Union Professionnelle Belge des Psychomotriciens Francophones, s/d.).

Na Espanha ainda não há reconhecimento oficial da profissão de psicomotricista, não aparecendo no catálogo das profissões. No entanto, podemos encontrar psicomotricistas a trabalhar em diferentes instituições (creches, educação infantil, centros terapêuticos, etc.), sendo a profissão de psicomotricista cada vez mais necessária (Federación de Asociaciones de Psicomotricistas del Estado Español, s/d.).

Na França, a palavra psicomotricidade é utilizada desde os inícios do século XX e deteve uma grande evolução desde essa altura, sendo que desde finais de 2001 os psicomotricistas têm o direito de se tornar o chefe de tratamento na área de reabilitação. Existem quinze institutos que têm o curso de psicomotricidade autorizados pelo Ministério da Educação e da Saúde Franceses, tendo a duração de três anos (European Forum of Psychomotricity, s/d.; Fédération Française Des Psychomotriciens, 2018c).

Na França, a profissão de psicomotricista é regulamentada por lei estando listada no livro IV do Código de Saúde Pública com o estatuto de Auxiliar de Saúde. O psicomotricista, para poder exercer a sua profissão tem que registar o seu diploma na Agência Regional de Saúde da sua zona de residência profissional (Fédération Français Des Psychomotriciens, 2018a, 2018b).

Na Itália, o psicomotricista necessita de ter formação teórica centrada na visão global do indivíduo. O psicomotricista deve ter, também, uma formação profissional complementando a sua formação, sendo a formação profissional realizada através do estágio, momentos de partilha de experiências, supervisão e seminários. É importante que o psicomotricista, receba formação pessoal, adquirindo diversas capacidades necessárias na prática da profissão. Atualmente, a formação na área da psicomotricidade é realizada através de um curso de três anos lecionado numa das escolas de psicomotricidade presentes em território italiano (Associazione Italiana Psicomotricisti, 2020).

Na Suíça, a psicomotricidade não é vista como uma medida meramente terapêutica, sendo encontrada de forma preventiva em certas creches, jardins de infância e escolas (Psychomotricité Suisse, s/d).

A psicomotricidade está presente na maioria dos países da União Europeia, sendo que em alguns, como na França, é uma profissão muito conceituada e com legislação clara sobre as competências do psicomotricista e a sua área de atuação. Noutros países da Europa, tais como Portugal ou Espanha, a psicomotricidade é uma profissão em expansão que já se encontra em diversas instituições, porém ainda não existe legislação para especificar a prática psicomotora. Em alguns países, a psicomotricidade ainda não é reconhecida, existindo apenas como sendo uma área de especialização de outros técnicos de saúde (médicos, psicólogos).

Os fundamentos da psicomotricidade são muito semelhantes nos diversos países da União Europeia, uma vez que as competências e áreas de intervenção da psicomotricidade são estipuladas pela EFP.

3 Metodologia

Nesta secção, é descrita a metodologia utilizada no estudo, incluindo os objetivos e questões de investigação, o desenho e tipo de estudo, a amostra, os instrumentos de recolha de dados, o procedimento e a análise estatística.

3.1 Objetivos do estudo

Este estudo tem como objetivos gerais os seguintes: (1) analisar a perceção do conhecimento da prática psicomotora por parte dos profissionais da área da saúde, e (2) clarificar a especificidade da prática psicomotora a estes profissionais. Como objetivos específicos estipularam-se os seguintes: (1.1) analisar e compreender qual a perceção dos profissionais relativamente à prática psicomotora, nomeadamente a população, locais e contextos de intervenção, as metodologias, as competências do psicomotricista e as indicações terapêuticas; (1.2) analisar a perceção dos conhecimentos da psicomotricidade entre grupos profissionais, entre faixas etárias, entre região geográfica e entre indivíduos que já trabalharam com psicomotricista e que nunca trabalharam com psicomotricista; e (2.1) informar os profissionais de saúde acerca do conceito de psicomotricidade, as populações, locais contextos de intervenção do psicomotricista, competências e metodologias do psicomotricista e indicações terapêutica da psicomotricidade.

3.2 Desenho e tipo de estudo

Este é um estudo de carácter quantitativo e qualitativo, tendo como base um desenho transversal e longitudinal prospetivo (Hill & Hill, 2002). Este estudo apresentou duas fases. Na primeira fase realizou-se a construção do questionário e a sua validação (Anexo 1). A segunda fase consistiu no preenchimento do questionário (Anexo 2), complementando-o com a realização de uma entrevista (Anexo 3). O presente estudo foi aprovado pelo Conselho Científico e pela Comissão de Ética da Universidade de Évora.

3.3 Participantes

A amostra deste estudo foi constituída por profissionais da área da saúde e diretores técnicos de instituições, residentes em Portugal continental e arquipélagos e atualmente em

atividade profissional. Como profissionais de saúde, consideraram-se médicos de diversas especialidades, enfermeiros, psicólogos e técnicos paramédicos, consideraram-se estes técnicos pois são profissionais que estão em contacto com indivíduos com perturbações, e possuem a capacidade de referenciar ou sugerir aos indivíduos para a psicomotricidade. Como diretores técnicos considerámos os responsáveis pela administração de instituições de solidariedade social ou de instituições públicas ou privadas.

A seleção da amostra foi realizada através do método de amostragem não-causal por conveniência (Hill & Hill, 2002), tendo sido recrutada através da partilha do questionário nas redes sociais e com instituições.

A amostra foi variável ao longo do estudo, sendo que para o questionário de validação foram considerados 18 participantes. Esta amostra é aleatória retirada do universo a utilizar na investigação (Hill & Hill, 2002). Segundo Trindade (2020), o tamanho da amostra para *test-retest* deve ser, no mínimo, 17 indivíduos. A autora baseia-se na obra de Kreamer e Thiemann (1987) para o cálculo da amostra, sendo definido um coeficiente de fiabilidade máximo de 0.90 e um mínimo de 0.70.

Para o estudo em si, foram obtidas respostas de 106 participantes no questionário e a resposta de dez profissionais na entrevista.

3.3.1 Caraterização dos participantes do questionário de validação

Relativamente às caraterísticas dos 18 indivíduos que participaram na validação do questionário, sete (38.9%) são enfermeiros, três (16.7%) são psicólogos, três (16.7%) são médicos, dois (11.1%) terapeutas ocupacionais, um (5.6%) cardiopneumologista, um (5.6%) fisioterapeuta e um (5.6%) assistente técnico com formação de psicologia.

Os 18 inquiridos possuem entre 22 e 57 anos, sendo a média 36 anos (± 10.86). Seis (33.3%) são de Leiria, cinco (27.8%) são de Setúbal, dois (11.1%) de Coimbra, dois (11.1%) de Évora, um (5.6%) de Beja, um (5.6%) de Lisboa e um (5.6%) de Portalegre. Relativamente às habilitações literárias, 12 (66.7%) dos questionados possuem licenciatura e seis (33.3%) possuem mestrado.

Relativamente ao tempo de serviço, o tempo mínimo é de cinco meses e o máximo de 35 anos, sendo a média 12 anos (± 10.86) de serviço. Dos indivíduos inquiridos, um (5.6%) não trabalhava numa equipa multidisciplinar e 17 (94.4%) trabalhavam no momento numa equipa multidisciplinar, sendo o valor mínimo de tempo cinco meses, o máximo de 35 anos e a média é de nove anos (± 10.97). Dos 17 inquiridos que trabalham numa equipa multidisciplinar, 11

(64.7%) referem que não existe psicomotricista na sua equipa, seis (35.3%) referem existir psicomotricista, sendo que desses seis, quatro (66.7%) não sabem há quanto tempo existe psicomotricista nessa equipa.

Dos 18 inquiridos, 12 (66.7%) não trabalham com um psicomotricista atualmente e seis (33.3%) trabalham atualmente com psicomotricista, sendo que estes seis indivíduos trabalham em conjunto com um psicomotricista no mínimo há seis meses e no máximo 18 anos. Onze (61.1%) dos inquiridos referem que nunca trabalharam com psicomotricista e sete (38.9%) referem que já trabalharam com psicomotricista. Todos os inquiridos conhecem a psicomotricidade, sendo que tomaram conhecimento através de colegas, amigos, ou em contexto académico.

3.3.2 Caraterização dos participantes do questionário

Em relação ao questionário, foram recolhidos um total de 155 respostas, porém 49 dessas respostas não foram consideradas ($n=106$) por não corresponderem aos critérios de inclusão, sendo respostas de profissionais de outras áreas não relacionadas com a saúde, ou de profissionais da área da saúde não incluídos neste estudo, nomeadamente farmacêuticos, bombeiros ou psicomotricistas.

As idades dos 106 inquiridos variam entre os 21 e os 65 anos, sendo a média 32.63 anos (± 9.48). A faixa etária entre os 20 e os 29 anos, foi a mais frequente (ver tabela 1).

Tabela 1 - Faixa etária dos participantes

Faixa etária	Frequência	Percentagem
<i>20-29 anos</i>	52	49.1%
<i>30-39 anos</i>	30	28.3%
<i>40 anos ou mais</i>	24	22.6%
Total	106	100%

Dos 106 inquiridos, oito (7.5%) são do sexo masculino e 98 (92.5%) do sexo feminino. Relativamente às habilitações literárias, dois (1.9%) inquiridos possuem bacharelato, 72 (61.9%) possuem licenciatura, 32 (30.2%) mestrado e nenhum possui doutoramento.

Os participantes que responderam ao questionário são profissionais da área da enfermagem ($n=29$; 27.4%), da psicologia ($n=28$; 26.4%), da terapia da fala ($n=22$; 20.8%), da terapia ocupacional ($n=10$; 9.4%), da fisioterapia ($n=5$; 4.7%), da medicina ($n=4$; 3.8%); diretores técnicos ($n=4$; 3.8%), musicoterapia ($n=1$; 0.9%), técnicos superiores de diagnóstico

(n=1; 0.9%), e profissionais com mais de uma formação na área da saúde (n=2; 1.9%) possuindo áreas de especialização muito variadas. Para a apresentação dos resultados, os inquiridos foram agrupados, por área profissional, em quatro grupos: o grupo de enfermagem, de psicologia, de técnicos paramédicos e outros profissionais da saúde (ver tabela 2).

Tabela 2 - Agrupamento por grupos profissionais

Grupos profissionais		Frequência	Porcentagem
<i>Enfermagem</i>		29	27,4%
<i>Psicologia</i>		28	26,4%
<i>Técnicos paramédicos</i>	Terapia da fala	38	35,8%
	Terapia ocupacional		
	Fisioterapia		
	Técnico superior de diagnóstico		
<i>Outros profissionais da área da saúde</i>	Diretor técnico	11	10,4%
	Médico		
	Musicoterapeuta		
	Mais que uma formação		
Total		106	100%

Relativamente ao tempo de serviço, 16 (15.1%) dos inquiridos referem trabalhar na área há menos de um ano, 38 (35.8%) referem trabalhar entre um e cinco anos, 23 (21.7%) dos inquiridos referem que estão no ativo entre cinco e dez anos, nove (8.5%) referem que trabalham entre dez e 15 anos, o mesmo número de indivíduos refere que trabalha entre 15 a 20 anos (8.5%) e onze (10.4%) dos indivíduos refere trabalhar há mais de 20 anos.

A amostra está distribuída por Portugal, sendo Lisboa (n=24; 31.132%) a região com mais respostas, seguida de Leiria (n=25, 23.585%), Setúbal (n= 11, 10.377%), Aveiro (n=7, 6.604%), Porto e Santarém (n=5, 4.717%), Faro e Portalegre (n=4, 3.774%), Évora (n=3, 2.83%), Viseu e Madeira (n=2, 1.887%), Beja, Braga, Coimbra, Guarda e Açores (n=1, 0.943%).

Relativamente à zona geográfica, foram determinados quatro grupos, a região norte, a região centro, a região de Lisboa e a região sul (tabela 3). Os Arquipélagos foram excluídos deste agrupamento devido ao insuficiente número de respostas dessa região (n=3), assim neste fator apenas são considerados 103 inquiridos. Na região norte foram considerados os distritos de Braga, Aveiro, Guarda, Viseu e Porto, na região centro foram considerados os distritos Coimbra, Leiria, Santarém e Portalegre, na região sul foram considerados os distritos de

Setúbal, Évora, Beja e Faro. Este agrupamento por zona geográfica foi baseado na divisão utilizada na apresentação meteorológica, esta divisão não possui uma nomenclatura específica, porém foi selecionada por permitir uma melhor divisão demográfica neste estudo. Relativamente ao distrito de Lisboa optou-se por não colocar em nenhuma região, sendo um grupo individual devido ao número elevado de respostas e ao facto de ser a capital.

Tabela 3 - Agrupamento por região geográfica

Zona geográfica	Frequência	Percentagem
<i>Norte</i>	26	15,1%
<i>Centro</i>	35	33%
<i>Lisboa</i>	33	31,1%
<i>Sul</i>	19	17,9%
Total	103	100%

Dos 106 inquiridos, 92 (86.8%) trabalham numa equipa multidisciplinar, sendo que destes, 25 (27.2%) referem que trabalham na equipa há menos de um ano, 36 (39.1%) referem que trabalham na equipa entre um e cinco anos e 31 (33.7%) referem que trabalham na equipa há mais de cinco anos.

Dos 106 inquiridos, 56 (52.8%) referem trabalhar ou que já trabalharam com um psicomotricista e 50 (47.2%) referem que nunca trabalharam com um psicomotricista.

Dos 106 inquiridos, 101 (95,3%) referem que conhecem a psicomotricidade e cinco (4.7%) referem que não conhecem. Para os inquiridos que responderam “sim”, na questão anterior foi-lhes pedido que identificassem por que meio tomaram conhecimento da prática psicomotora, sendo que podiam escolher mais do que uma opção. Os inquiridos referem que entraram em contacto com a psicomotricidade através de colegas, emprego, artigos/livros, professores/escola, formações, amigos, família, psicomotricista, estágio curricular e através de psicóloga. Para os inquiridos que responderam “não”, o questionário termina aqui existindo apenas mais duas questões onde se questiona se o inquirido pretende participar na entrevista, e/ou se deseja receber uma apresentação acerca da psicomotricidade.

3.3.3 Caraterização dos participantes da entrevista

Para a entrevista foram recolhidas as respostas de dez indivíduos, após preenchimento do questionário, com idades compreendidas entre os 23 e os 64 anos, com uma média de 36.20 anos (± 12.52).

Dos dez entrevistados, três (30%) são do sexo masculino e sete (70%) do sexo feminino. Desses dez, quatro (40%) são psicólogos, três (30%) são enfermeiros, um (10%) é enfermeiro e osteopata, um (10%) é fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e um (10%) é médico. Estes profissionais trabalham na sua área entre um e 38 anos, sendo a média de 12.2 ($\pm 12,21$).

Relativamente às habilitações literárias, cinco (50%) são licenciados e cinco (50%) são mestres. Dos entrevistados, sete (70%) são de Leiria, dois (20%) são de Lisboa e um (10%) é de Faro.

3.4 Instrumentos de recolha de dados e análise

Para a concretização dos objetivos estabelecidos, foram aplicados dois instrumentos de avaliação: um questionário e uma entrevista.

3.4.1 Questionário “Conhecimento da psicomotricidade”

O questionário que foi desenvolvido neste estudo tem como objetivo analisar a perceção que os diversos profissionais têm acerca da psicomotricidade e a sua atuação nas diversas populações, locais, contextos e indicações terapêuticas, bem como as metodologias que o psicomotricista utiliza e as suas competências.

A construção do questionário baseou-se num estudo realizado anteriormente na região do Alto Minho por Cerqueira (2013) e nas competências profissionais do psicomotricista na Europa (European Forum of Psychomotricity, 2012).

O questionário foi construído com recurso à plataforma *Google Forms*, pois é uma plataforma de fácil acesso e utilização, sendo que a maioria da população já se encontra familiarizada com a utilização da mesma.

Este questionário é dividido em cinco partes.

Na primeira parte encontra-se a apresentação da investigadora e do estudo, a população alvo do mesmo e o consentimento informado, sendo que ao continuar o questionário o inquirido aceita o consentimento informado e aceita participar no estudo.

Na segunda parte do questionário, encontra-se a caracterização sociodemográfica, com questões acerca de informações do inquirido, nomeadamente idade, género, profissão, área de especialização, habilitações literárias, tempo de serviço, e distrito de residência.

Na terceira parte deste questionário existem questões relativas à prática profissional do inquirido, nomeadamente, se trabalha atualmente numa equipa multidisciplinar, se sim, há

quanto tempo, se trabalha ou já trabalhou com um psicomotricista, se conhece a psicomotricidade, se sim, como tomou conhecimento.

A quarta parte é constituída por diversas questões com respostas numa escala de *Likert*, nas quais o inquirido deve indicar, numa escala de cinco opções (*discorda totalmente, discorda, nem concorda nem discorda, concorda, concorda totalmente*) a sua opinião pessoal acerca da prática psicomotora.

Nas questões referentes à psicomotricidade, o inquirido deve partilhar a sua opinião referente à população de intervenção da psicomotricidade (11 itens), os locais de intervenção do psicomotricista (18 itens), o seu contexto de atuação (cinco itens), as metodologias utilizadas pelo psicomotricista (13 itens), as competências do psicomotricista (11 itens) e as indicações terapêuticas da psicomotricidade (14 itens), fazendo um total de 72 itens.

Na quinta parte, é questionado ao inquirido se pretende continuar no estudo participando numa entrevista. É também, questionado se pretende receber uma apresentação na qual explicita as competências do psicomotricista.

O questionário foi submetido a uma amostra dos participantes de modo a analisar a sua fiabilidade temporal e interna. Para calcular a fiabilidade é necessário aplicar a questão duas vezes à mesma amostra de indivíduos com, no mínimo, uma semana de intervalo, calculando de seguida a correlação entre os dois conjuntos de respostas (Hill & Hill, 2002).

Através da análise da fiabilidade e conforme os dados recolhidos pela mesma, foram realizadas alterações ao questionário de modo a ser mais compreensível para a população em estudo, evitando ambiguidades, de modo a recolher informações o mais fidedignas possíveis. Após estas alterações, o questionário foi partilhado com a população em estudo.

3.4.2 Entrevista

A entrevista enquanto técnica de investigação, baseia-se num processo de recolha de informação verbal, realizado através do contacto direto entre o entrevistador e o entrevistado (Ribeiro, 2003).

A entrevista semiestruturada, implica uma preparação prévia das questões e temáticas, porém a ordem e a forma com que estas questões são colocadas é menos rígida, adaptando-se ao entrevistado (Ribeiro, 2003).

Na entrevista desenvolvida nesta investigação foram abordados de forma mais aprofundada: o percurso escolar e profissional de cada sujeito; a sua área de intervenção atual; as populações com que mantém contacto; os acompanhamentos que preconiza para essas

populações e aqueles que existem na realidade; o seu conhecimento sobre a área de intervenção em estudo – a psicomotricidade - e qual a sua perspetiva sobre esta área de intervenção; a sua opinião relativamente aos benefícios da psicomotricidade e em que contextos seria pertinente a atuação do psicomotricista; se considera pertinente a implementação da psicomotricidade, se considera a psicomotricidade reconhecida em Portugal; se já a confundiu ou comparou com outras abordagens terapêuticas, e por fim, se já referenciou a psicomotricidade a algum dos seus pacientes.

Os entrevistados foram contactados via email, sendo marcada uma entrevista presencial ou utilizando as plataformas *Skype*, *Zoom* ou *WhatsApp*, de acordo com a preferência do entrevistado.

3.5 Procedimento

Todos os procedimentos éticos inerentes a uma investigação desta natureza foram acautelados. Após parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade de Évora, numa fase inicial, o questionário foi aplicado por duas vezes (teste- reteste) a uma amostra da população-alvo, com um intervalo de pelo menos uma semana de diferença entre as duas aplicações do questionário, para efeitos de análise da estabilidade temporal. Deste modo é possível analisar o coeficiente de estabilidade do instrumento no tempo (Coutinho, 2014).

A análise de dados do questionário de validação foi realizada com recurso ao software Statistical Package for the Social Sciences versão 24 (SPSS), sendo criada uma base de dados onde foram inseridos os valores do questionário nas duas aplicações (teste-reteste), de modo a analisar o coeficiente de estabilidade e fiabilidade. A fiabilidade de uma questão refere-se à consistência das respostas dessa mesma, neste caso podemos estimar a fiabilidade da pergunta em termos de coeficiente de estabilidade temporal (Hill & Hill, 2002).

Para calcular a fiabilidade do tipo “estabilidade temporal” (teste-reteste) devemos utilizar o coeficiente de correlação de Pearson entre os dois conjuntos de valores, quando o valor de r é inferior a 0.40 considera-se um grau de fiabilidade fraco, quando o valor de r se encontra entre 0.40 e 0.70 o grau de fiabilidade é moderado, e quando o valor de r é superior a 0.70 é considerado um grau de fiabilidade forte (Coutinho, 2014; Dancey e Reidey, 2005 cit. in Filho & Júnior, 2009).

Para fazer uma estimativa da fiabilidade interna é necessário utilizar o Alpha de Cronbach, sendo que quanto mais próximo do valor de 1, maior a fiabilidade interna (Coutinho, 2014; Hill & Hill, 2002). Foi realizada a análise aos valores recolhidos pela correlação de

Pearson e pelo Alpha de Cronbach, sendo que as questões com uma baixa fiabilidade (valores inferiores a 0.4) foram modificadas. Foi, também, aplicado o Alpha de Cronbach no questionário final.

O questionário final foi partilhado com a população-alvo em estudo através de diversos grupos de profissionais da saúde nas plataformas *Facebook e Instagram*, e enviado a instituições da área da saúde através de email ou através de mensagem pela plataforma *Facebook*.

Foi criada uma base de dados com as informações recolhidas pelo questionário no SPSS, sendo que foi nesta base de dados que se realizou a análise estatística (Hill & Hill, 2002).

Para a análise estatística foi realizada a análise descritiva de todas as questões, sendo que nesta análise foi determinada a frequência, percentagem, média e moda das respostas para cada variável. De seguida foi analisada a média das respostas entre grupos profissionais, entre faixas etárias, entre zonas geográficas e entre indivíduos que já tralharam com psicomotricista e que nunca trabalharam. Foi, também, aplicado o Alpha de Cronbach ao questionário final, de modo a observar a sua fiabilidade interna.

A investigação através de questionário e de entrevista envolvem uma interação muito próxima com o inquirido, por essa razão o consentimento informado é de grande importância, de modo a informar os participantes de forma compreensível, sobre qual a natureza e objetivo da pesquisa, as consequências da sua participação, garantir a sua confidencialidade, e, por fim, a obtenção do consentimento do inquirido. No questionário o consentimento esteve inserido no mesmo, sendo que o inquirido teve de aceitar o consentimento informado para poder responder às questões. Na entrevista, o consentimento informado foi enviado previamente antes da realização da entrevista para ser preenchido pelo entrevistado (Anexo 4) (Ribeiro, 2003).

Relativamente à entrevista, foi realizado, numa fase inicial, uma entrevista piloto a um profissional da área da saúde, sendo que de seguida, o entrevistado manifestou a sua opinião relativa às questões da entrevista. Após esta entrevista piloto, foi estabelecido o guião final da entrevista. Este guião foi utilizado como a base das entrevistas, porém as questões foram ajustadas a cada entrevistado, de modo a prevenir repetição de informações e explorar os conteúdos partilhados pelo entrevistado.

Para a realização da entrevista, recorreu-se à gravação da mesma, de modo a não se perder informação pertinente. No início da entrevista, a entrevistadora apresentou-se e apresentou o estudo (temática, finalidade e enquadramento institucional), assim como o papel da entrevistadora nesse mesmo estudo, sendo solicitada autorização para a gravação da

entrevista (Ribeiro, 2003). Após a conclusão das entrevistas foi realizada a análise de conteúdo das mesmas utilizando os dados recolhidos através da gravação e posteriormente transcritos.

As entrevistas foram transcritas de forma integral, seguidamente foram realizadas diversas leituras pormenorizadas, destacando as informações importantes para este estudo. Estas informações foram analisadas e distribuídas por diversas categorias e subcategorias, por fim estas categorias foram agrupadas, criando temas pertinentes para este estudo. Após a divisão das informações em temas, categorias e subcategorias, foram analisados o número de entrevistados que fizeram referência à categoria/subcategoria, o número de vezes que aquela categoria/subcategoria foi referenciada nos discursos e a percentagem da frequência que as categorias/subcategorias foram referidas.

A confidencialidade e anonimato do participante foi sempre assegurada. A identidade ou algum elemento que possa identificar o participante não será revelado em nenhum relatório, publicação, ou a qualquer indivíduo não relacionado diretamente com este estudo (Ribeiro, 2003).

Por último, foi partilhado, com os participantes, um vídeo que aborda o conceito de psicomotricidade e a intervenção psicomotora que pode ser encontrado no link <https://claudiarodrigues195.wixsite.com/website>.

3.6 Análise de dados

Foram realizadas diversas análises de modo a cumprir os objetivos propostos neste estudo, os resultados destas análises são apresentados no capítulo seguinte. Para a análise quantitativa, recorreu-se à utilização do *software* SPSS.

Através da utilização do SPSS foi determinado o coeficiente de Pearson e o Alpha de Cronbach para cada variável em estudo na validação do questionário.

No questionário final, foi realizada a análise descritiva de dados (média, desvio padrão, moda, frequências, mínimo e máximo) para a caracterização sociodemográfica e para as variáveis em estudo. Foi, posteriormente, realizado o agrupamento das variáveis em estudo por tópicos das questões (população, locais, contexto, metodologia, competências e indicações terapêuticas), foram também, agrupados os indivíduos em grupos de caracterização sociodemográfica (área profissional, faixa etária, região, trabalhou ou não com psicomotricista).

Relativamente à análise qualitativa da entrevista, recorreu-se à sua análise de conteúdo, transcrevendo-se as informações recolhidas através das gravações, tendo sido mantido o

respeito pela reconstituição integral dos discursos, e tendo máximo de informação, tanto linguística como paralinguística. No processo de transcrição, o texto foi decifrado, tendo em atenção a redundâncias do discurso e pormenores excessivos (Bardin, 2016; Ribeiro, 2003).

A análise de conteúdo teve como base três pontos: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inerência e a interpretação. Durante a pré-análise realizou-se uma organização dos textos obtidos através da transcrição das entrevistas, ordenando-os e classificando-os, de seguida realizou-se a leitura detalhada destes textos realizando anotações no texto. Após a pré-análise realizou-se a exploração e organização do corpus, tendo sido definido o quadro categorial utilizado no tratamento da informação em bruto, deste modo conseguiremos ter acesso à informação representada de uma forma simplificada e condensada a partir das relações estabelecidas entre as diferentes narrativas individuais (Bardin, 2016; Ribeiro, 2003).

Na fase de tratamento dos resultados obtidos, os dados brutos foram tratados de forma a serem significativos e válidos, sendo estes organizados em quadros de resultados, de forma a serem evidentes (Bardin, 2016).

4 Apresentação de resultados

Nesta secção serão apresentados os resultados obtidos através da aplicação do questionário e da entrevista. Numa primeira fase serão apresentados os resultados da análise da validação do questionário e as modificações realizadas para chegar à versão final do questionário. De seguida serão apresentados os resultados do questionário, e por fim será apresentada a análise de conteúdo da entrevista

4.1 Validação do Questionário

Ao analisar as questões referentes à caracterização sociodemográfica (segunda parte do questionário), foi modificada a questão referente ao distrito, ao tempo de serviço, sendo estas modificações com base no feedback dos inquiridos e de forma a facilitar a análise estatística.

Na versão inicial, era solicitado ao inquirido que escrevesse o distrito. Na versão final foi colocada uma listagem dos distritos de Portugal continental e os arquipélagos, deste modo o inquirido selecionava qual o seu distrito.

Foi também alterada a questão “tempo de serviço”, passando a ter opções de resposta, cada uma com um intervalo de tempo (menos de 1 ano, entre 1 e 5 anos, entre 5 e 10 anos, entre 10 e 15 anos, entre 15 e 20 anos, e mais de 20 anos).

Relativamente às questões referentes à prática profissional (terceira parte do questionário), foi notória alguma confusão, sendo que alguns dos inquiridos responderam de forma contraditória em questões semelhantes. Deste modo, no questionário final, as questões referentes à prática profissional foram reduzidas, de modo a questionar: se o indivíduo pertence a uma equipa multidisciplinar, se sim há quanto tempo; se trabalha atualmente ou se já trabalhou com psicomotricista; se conhece a psicomotricidade, se sim como tomou conhecimento. As questões temporais (há quanto tempo trabalha numa equipa multidisciplinar) foram substituídas por opções, com um intervalo de tempo (menos de 1 ano, entre 1 e 5 anos, mais de 5 anos). Na última questão da prática profissional era solicitado ao inquirido que indicasse por qual o meio que tinha tomado conhecimento da psicomotricidade. Na versão final, a questão manteve-se sendo alterada a resposta, passando a ser por opções invés de resposta aberta, sendo que na versão final as opções foram baseadas nas respostas recolhidas pelo questionário de validação (ex. família, emprego, professores/escola).

Para as questões referentes à perceção do conhecimento da psicomotricidade (quarta parte do questionário) foi analisada a fiabilidade interna e o coeficiente de estabilidade no tempo. Para determinar a fiabilidade e estabilidade recorreu-se ao Alpha de Cronbach e ao

coeficiente de correlação de Pearson para cada uma das variáveis, comparando as respostas no momento pré-teste e no momento pós-teste. Tanto na correlação de Pearson, como no Alpha de Cronbach, os valores variam de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo de 1, maior a estabilidade e fiabilidade, respetivamente. Dos valores da correlação de Pearson registados, o mais baixo foi de $r=0.209$ e o mais alto foi de $r=1$, relativamente ao Alpha de Cronbach o valor mais baixo foi $\alpha=0.344$, e o valor mais alto foi de $\alpha=1$, como podemos constatar no anexo 5.

Relativamente às questões referentes à perceção do conhecimento da psicomotricidade, e através da análise das tabelas apresentadas em anexo, podemos constatar que a maioria dos parâmetros possui uma correlação intraclasse moderada (r entre 0.40 e 0.8) a forte ($r \geq 0.8$), sendo que a maioria das questões apresenta valores entre 0.446 e 1, com exceção das questões “O psicomotricista pode atuar em domicílios” ($r=0.297$; $\alpha=0.453$) e “O psicomotricista pode atuar com indivíduos com problemas comportamentais e emocionais (inibição, instabilidade, hiperatividade, comportamento agressivo)” ($r=0.209$; $\alpha=0.344$).

Na questão relativa à intervenção do psicomotricista em domicílios, podemos supor que a correlação baixa se deve à ambiguidade da questão em si, não sendo especificado o que é realizado no domicílio, sendo esta questão alterada para “O psicomotricista pode dar apoio ao domicílio”. Relativamente à questão relacionada com a atuação da psicomotricidade em indivíduos com problemas comportamentais e emocionais (inibição, instabilidade, hiperatividade, comportamento agressivo) podemos supor que a correlação baixa se deve à especificidade da profissão dos inquiridos, visto que estes podem considerar as problemáticas apresentadas como sendo da sua área específica de intervenção. Deste modo, a questão foi alterada para “O psicomotricista pode atuar com indivíduos com problemas comportamentais e emocionais (inibição psicomotora, instabilidade psicomotora, hiperatividade, comportamento agressivo)” especificando, assim as problemáticas como psicomotoras.

O valor do Alpha de Cronbach do questionário final é de 0,978, significando que o questionário possui uma alta fiabilidade interna.

4.2 Questionário “Conhecimento da psicomotricidade”

As perceções que os diversos profissionais possuem acerca da prática psicomotora variam entre 1 e 5, como podemos observar nas tabelas 4 a 9 correspondentes às questões “populações de intervenção do psicomotricista” (ver tabela 4), “locais de intervenção do psicomotricista” (ver tabela 5), “contextos de atuação do psicomotricista” (ver tabela 6), “metodologias do psicomotricista” (ver tabela 7), “competências do psicomotricista” (ver tabela 8) e “áreas de intervenção do psicomotricista” (ver tabela 9).

Relativamente à população que o psicomotricista pode intervir, é possível constatar que os inquiridos consideram a prática psicomotora importante ou muito importante para todas as populações, considerando os adolescentes e as grávidas como as populações em que a intervenção psicomotora é menos importante, e a intervenção em crianças/adolescentes com necessidades educativas especiais, indivíduos com doenças degenerativas, indivíduos com deficiência motora e idosos como sendo mais importante.

Tabela 4 - Perceção dos inquiridos relativamente às populações de intervenção do psicomotricista

<i>Os psicomotricistas podem atuar com diversas populações</i>	Frequência (N) Porcentagem (%)					Média (DP)	Moda
	1	2	3	4	5		
Bebés	2 (2%)	5 (5%)	8 (7.9%)	38 (37.6%)	48 (47.5%)	4.24 ±0.94	5
Crianças	0	3 (3%)	3 (3%)	38 (37.6%)	57 (56.4%)	4.48 ±0.701	5
Crianças/adolescentes com necessidades educativas especiais	0	1 (1%)	2 (2%)	23 (22.8%)	75 (74.3%)	4.70 ±0.558	5
Saúde mental em crianças/adolescentes	2 (2%)	4 (4%)	11 (10.9%)	32 (31.7%)	52 (51.5%)	4.27 ±0.948	5
Adolescentes	1 (1%)	5 (5%)	21 (20.8%)	51 (50.5%)	23 (22.8%)	3.89 ±0.847	4
Grávidas	3 (3%)	14 (13.9%)	33 (32.7%)	32 (31.7%)	19 (18.9%)	3.5 ±1.045	3
Saúde mental em adultos	1 (1%)	6 (5.9%)	15 (14.9%)	37 (36.6%)	42 (41.6%)	4.12 ±0.941	5
Indivíduos com doenças degenerativas	1 (1%)	2 (2%)	5 (5%)	22 (21.8%)	71 (70.3%)	4.58 ±0.765	5
Indivíduos com deficiência motora	0	2 (2%)	6 (5.9%)	18 (17.8%)	75 (74.3%)	4.64 ±0.687	5
Indivíduos com deficiência mental	1 (1%)	1 (1%)	9 (8.9%)	32 (31.7%)	58 (57.4%)	4.44 ±0.780	5
Idosos	0	4 (4%)	4 (4%)	30 (29.7%)	63 (62.4%)	4.5 ±0.757	5

Nota: 1-Nada importante; 2-Pouco importante; 3-Indiferente; 4-Importante; 5-Muito importante

Em relação aos locais de atuação do psicomotricista, podemos constatar que os inquiridos dão mais importância a escolas de educação especial, instituições para indivíduos com deficiência, instituições para pessoas idosas e centros de dia, dando menos importância a escolas de 3.º ciclo de ensino básico, escolas de ensino secundário e associações desportivas, como podemos observar na tabela 5.

Tabela 5 - Percepção dos inquiridos relativamente aos locais de intervenção do psicomotricista

<i>O psicomotricista pode exercer a sua profissão em diversos locais tanto no setor público como no privado</i>	Frequência (N) Percentagem (%)					Média (DP)	Moda
	1	2	3	4	5		
Creches	2 (2%)	8 (7,9%)	7 (6,9%)	42 (41,6%)	42 (41,6%)	4.13 ±0.987	4-5
Jardins de infância	0	7 (6,9%)	1 (1%)	43 (42,6%)	50 (49,5%)	4.35 ±0.818	5
Escola de 1º ciclo do ensino básico	0	5 (5%)	8 (7,9%)	39 (38,6%)	49 (48,5%)	4.31 ±0.821	5
Escola de 2º ciclo do ensino básico	2 (2%)	5 (5%)	12 (11,9%)	42 (41,6%)	40 (39,6%)	4.12 ±0.941	4
Escola de 3º ciclo do ensino básico	2 (2%)	5 (5%)	18 (17,8%)	45 (44,6%)	31 (30,7%)	3.97 ±0.932	4
Escola de ensino secundário	5 (5%)	6 (5,9%)	29 (28,7%)	33 (32,7%)	28 (27,7%)	3.72 ±1.087	4
Educação especial	0	1 (1%)	2 (2%)	18 (17,8%)	80 (79,2%)	4.75 ±0.537	5
Apoio ao domicílio	1 (1%)	4 (4%)	9 (8,9%)	27 (26,7%)	60 (59,4%)	4.4 ±0.884	5
Clínicas privadas	2 (2%)	4 (4%)	8 (7,9%)	32 (31,7%)	55 (54,5%)	4.33 ±0.929	5
Hospitais gerais	3 (3%)	5 (5%)	5 (5%)	35 (34,7%)	53 (52,5%)	4.29 ±0.983	5
Hospitais psiquiátricos	3 (3%)	5 (5%)	10 (9,9%)	33 (32,7%)	50 (49,5%)	4.21 ±1.013	5
Centros de cuidados paliativos	5 (5%)	6 (5,9%)	10 (9,9%)	25 (24,8%)	55 (54,5%)	4.18 ±1.144	5
Instituições para indivíduos com deficiência	0	1 (1%)	5 (5%)	18 (17,8%)	77 (76,2%)	4.69 ±0.612	5
Instituições de reinserção social	2 (2%)	6 (5,9%)	21 (20,8%)	32 (31,7%)	40 (39,6%)	4.01 ±1.015	5
Associações desportivas	1 (1%)	4 (4%)	21 (20,8%)	46 (45,5%)	29 (28,7%)	3.97 ±0.866	4
Projetos municipais	2 (2%)	3 (3%)	17 (16,8%)	43 (42,6%)	36 (35,6%)	4.07 ±0.908	4
Instituições para pessoas idosas	0	4 (4%)	5 (5%)	32 (31,7%)	60 (59,4%)	4.47 ±0.769	5
Centros de dia	0	4 (4%)	3 (3%)	36 (35,6%)	58 (57,4%)	4.47 ±0.742	5

Nota: 1-Nada importante; 2-Pouco importante; 3-Indiferente; 4-Importante; 5-Muito importante

Relativamente aos contextos de atuação do psicomotricista podemos averiguar que os inquiridos consideram, a maioria dos contextos, como sendo importante ou muito importante, dando ênfase à intervenção em meio aquático. De todos os contextos, aquele que consideram como sendo menos importante é o contexto em sala de aula (tabela 6).

Tabela 6 - Percepção dos inquiridos relativamente aos contextos de intervenção do psicomotricista

<i>O psicomotricista pode atuar em diversos contextos</i>	Frequência (N) Porcentagem (%)					Média (DP)	Moda
	1	2	3	4	5		
Sala de aula	3 (3%)	8 (7,9%)	22 (21,8%)	42 (41,6%)	26 (25,7%)	3.79 ±1.013	4
Ginásio escolar	1 (1%)	2 (2%)	6 (5,9%)	46 (43,4%)	46 (43,4%)	4.33 ±0.763	4-5
Meio aquático	1 (1%)	1 (1%)	8 (7,9%)	39 (38,6%)	52 (51,5%)	4.39 ±0.761	5
Picadeiro (meio equestre)	2 (2%)	1 (1%)	9 (8,9%)	50 (49,5%)	39 (38,6%)	4.22 ±0.808	4
Sala de Snoezelen	3 (3%)	4 (4%)	15 (14,9%)	33 (32,7%)	46 (45,5%)	4.14 ±1.010	5

Nota: 1-Discordo totalmente; 2-Discordo; 3- Nem concordo nem discordo; 4- Concordo; 5-Concordo plenamente

Relativamente à metodologia utilizada pelo psicomotricista, a maioria dos inquiridos consideraram que todos os métodos são muito importantes, dando destaque às técnicas de relaxação, às técnicas neuromotoras/movimento e técnicas de atividade motora adaptada (tabela 7).

Tabela 7 - Percepção dos inquiridos relativamente às metodologias do psicomotricista

<i>O psicomotricista utiliza diversas metodologias na sua prática profissional.</i>	Frequência (N) Porcentagem (%)					Média (DP)	Moda
	1	2	3	4	5		
Técnicas de relaxação	1 (1%)	3 (3%)	4 (4%)	32 (31,7%)	61 (60,4%)	4.48 ±0.795	5
Técnicas de mediação corporal	1 (1%)	0	5 (5%)	36 (35,6%)	59 (58,4%)	4.50 ±0.687	5
Técnicas gnóstico-práticas	2 (2%)	1 (1%)	8 (7,9%)	32 (31,7%)	58 (57,4%)	4.42 ±0.840	5
Técnicas neuromotoras/movimento	1 (1%)	0	2 (2%)	29 (28,7%)	69 (68,3%)	4.63 ±0.628	5
Técnicas de toque terapêutico	1 (1%)	0	8 (7,9%)	34 (33,7%)	58 (57,4%)	4.47 ±0.729	5
Técnicas de reeducação postural	3 (3%)	1 (1%)	5 (5%)	32 (31,7%)	60 (59,4%)	4.44 ±0.877	5
Técnicas expressivas	1 (1%)	2 (2%)	6 (5,9%)	39 (38,6%)	53 (52,5%)	4.40 ±0.776	5
Atividades lúdicas	2 (2%)	2 (2%)	8 (7,9%)	36 (35,6%)	53 (52,5%)	4.35 ±0.865	5
Atividades recreação terapêutica	1 (1%)	0	8 (7,9%)	35 (34,7%)	57 (56,4%)	4.46 ±0.728	5
Atividade motora adaptada	1 (1%)	1 (1%)	2 (2%)	29 (28,7%)	68 (67,3%)	4.60 ±0.679	5
Técnicas sensoriais	2 (2%)	4 (4%)	6 (5,9%)	30 (29,7%)	59 (58,4%)	4.39 ±0.916	5
Atividades grafomotoras	1 (1%)	1 (1%)	4 (4%)	38 (37,6%)	57 (56,4%)	4.48 ±0.715	5
Massagem psicomotora	1 (1%)	1 (1%)	8 (7,9%)	33 (32,7%)	58 (57,4%)	4.45 ±0.768	5

Nota: 1-Nada importante; 2-Pouco importante; 3- Indiferente; 4- Importante; 5-Muito importante

Relativamente às competências do psicomotricista, as respostas foram semelhantes, sendo que a maioria dos inquiridos considera as competências do psicomotricista como sendo importantes ou muito importantes, enfatizando as competências de formulação de um plano de intervenção, realizar um diagnóstico psicomotor e consideração do ambiente e aspetos da relação (tabela 8).

Tabela 8 - Perceção dos inquiridos relativamente às competências do psicomotricista

<i>As competências do psicomotricista estão definidas a nível europeu.</i>	Frequência (N) Porcentagem (%)					Média (DP)	Moda
	1	2	3	4	5		
É especialista numa intervenção orientada para o movimento e para o corpo, com o intuito a promover as funções psicossociais e a saúde mental	2 (2%)	2 (2%)	11 (10,9%)	34 (33,7%)	52 (51,5%)	4.31 ±0.892	5
Realiza uma avaliação psicomotora, utilizando instrumentos quantitativos e qualitativos	1 (1%)	0	6 (5,9%)	36 (35,6%)	58 (57,4%)	4.49 ±0.702	5
Realiza diagnósticos psicomotores, nos quais, refere as capacidades e dificuldades psicomotoras e a qualidade do desenvolvimento	2 (2%)	2 (2%)	1 (1%)	34 (33,7%)	62 (61,4%)	4.50 ±0.795	5
Considera o ambiente e os aspetos da relação que interferem com o desenvolvimento psicomotor do indivíduo	2 (2%)	2 (2%)	3 (3%)	34 (33,7%)	60 (59,4%)	4.47 ±0.819	5
Formula um plano de intervenção, ajustando-o sempre que necessário	1 (1%)	1 (1%)	1 (1%)	30 (29,7%)	68 (67,3%)	4.61 ±0.663	5
Organiza a sua intervenção num contexto multidisciplinar	1 (1%)	2 (2%)	2 (2%)	38 (37,6%)	58 (57,4)	4.49 ±0.730	5
Trabalha em sessões individuais, de grupo ou em co-intervenção	1 (1%)	0	4 (4%)	38 (37,6%)	58 (57,4%)	4.50 ±0.673	5
Discute o follow-up com o indivíduo e com a sua família	1 (1%)	1 (1%)	2 (2%)	40 (39,6%)	57 (56,4%)	4.50 ±0.687	5
Atua conforme os seus objetivos e os objetivos da instituição/organização	3 (3%)	3 (3%)	5 (5%)	38 (37,6%)	52 (51,5%)	4.32 ±0.927	5
Possui capacidade de se comprometer numa relação com o outro	1 (1%)	1 (1%)	3 (3%)	41 (40,6%)	55 (54,5%)	4.47 ±0.701	5
Associa sempre a atividade representativa e simbólica	1 (1%)	1 (1%)	12 (11,9%)	37 (36,6%)	50 (49,5%)	4.33 ±0.801	5

Nota: 1-Discordo totalmente; 2-Discordo; 3- Nem concordo nem discordo; 4- Concordo; 5-Concordo plenamente

Em relação às indicações terapêuticas da psicomotricidade é possível observar que este é o parâmetro que possui médias mais baixas, porém a moda, na maioria dos parâmetros é de 5, isto remete para a existência de respostas muito díspares. Os inquiridos são mais prováveis de referenciar para a psicomotricidade casos de problemáticas do neurodesenvolvimento, problemas psicomotores relacionados com problemas de estruturação, desarmonias psicomotoras, e problemas motores. Os inquiridos referem existir menos probabilidade de

referenciar a intervenção psicomotora em casos de prevenção e perturbações psiquiátricas (tabela 9).

Tabela 9 - Percepção dos inquiridos relativamente às indicações terapêuticas do psicomotricista

Qual a probabilidade de referenciar a psicomotricidade nas seguintes indicações terapêuticas?	Frequência (N) Percentagem (%)					Média (DP)	Moda
	1	2	3	4	5		
Preventivo (para reforçar o bem-estar)	4 (4%)	23 (22,8%)	29 (28,7%)	13 (12,9%)	32 (31,7%)	3.46 ±1.261	5
Problemáticas psicomotoras relacionadas com problemas do neurodesenvolvimento	0	7 (6,9%)	11 (10,9%)	24 (23,8%)	59 (58,4%)	4.34 ±0.930	5
Problemas psicomotores relacionados com problemas de estruturação (ex. esquema corporal, lateralidade, organização espaço-temporal)	0	9 (8,5%)	9 (8,5%)	26 (25,7%)	57 (56,4%)	4.30 ±0.965	5
Desarmonias psicomotoras	0	5 (5%)	10 (9,9%)	36 (35,6%)	50 (49,5%)	4.30 ±0.843	5
Problemas tónico-emocionais	3 (3%)	10 (11,9%)	20 (19,8%)	31 (30,7%)	35 (34,7%)	3.82 ±1.126	5
Distúrbios/problemas em experiências corporais, sentimentos ou sensações do corpo (ex. sensações interocetivas, intimidade e sexualidade)	3 (3%)	16 (15,8%)	29 (28,7%)	21 (20,8%)	32 (31,7%)	3.62 ±1.173	5
Imagem corporal e problemas de postura	3 (3%)	14 (13,9%)	26 (25,7%)	25 (24,8%)	33 (32,7%)	3.70 ±1.154	5
Problemas psicossomáticos	7 (6,9%)	16 (15,8%)	26 (25,7%)	20 (19,8%)	32 (31,7%)	3.53 ±1.277	5
Problemas comportamentais e emocionais (inibição psicomotora, instabilidade psicomotora, hiperatividade, comportamento agressivo)	4 (4%)	12 (11,9%)	20 (19,8%)	27 (26,7%)	38 (37,6%)	3.82 ±1.178	5
Dificuldades intelectuais, sensoriais, motoras ou psicológicas	3 (3%)	11 (10,9%)	19 (18,8%)	29 (28,7%)	39 (38,6%)	3.89 ±1.130	5
Perturbações psiquiátricas	3 (3%)	29 (28,7%)	23 (22,8%)	18 (17,8%)	28 (27,7%)	3.39 ±1.249	2
Dificuldades de aprendizagem dos processos simbólicos (leitura, escrita, aritmética)	2 (2%)	14 (13,9%)	19 (18,8%)	26 (25,7%)	40 (39,6%)	3.87 ±1.146	5
Dificuldades nas funções executivas (capacidade de planeamento, de análise, monitorização da própria ação)	5 (5%)	13 (12,9%)	17 (16,8%)	27 (26,7%)	39 (38,6%)	3.81 ±1.222	5
Problemas motores (regulação tónica, equilíbrio, motricidade)	2 (2%)	11 (10,9%)	8 (7,9%)	25 (24,8%)	55 (54,5%)	4.19 ±1.102	5

Nota: 1-Impossível; 2- Pouco provável; 3- Provável; 4- Muito provável; 5-Certo

Relativamente ao seguimento do estudo foi solicitado aos indivíduos que referissem se queriam seguir para entrevista e/ou receber uma apresentação acerca da psicomotricidade para

compreender melhor esta área. Dos 106 inquiridos, 16 (15,1%) disponibilizaram-se para seguir para entrevista, 89 (84%) não demonstraram interesse em seguir para entrevista e um não respondeu (0,9%). Em relação à apresentação acerca da psicomotricidade, 50 (47,2%) dos inquiridos refere que pretende receber a apresentação, 55 (51,9%) não quer receber a apresentação e um não respondeu (0,9%).

4.2.1 Análise estatística das variáveis em estudo

Um dos objetivos do estudo está relacionado com as diferenças entre grupos profissionais, faixas etárias, zonas geográficas e entre indivíduos que já trabalharam com psicomotricista e aqueles que nunca trabalharam com psicomotricista. Para realizar a observação das diferenças, procedeu-se à análise das médias destes grupos relativamente à perceção da psicomotricidade nas diversas populações, locais, contextos, às metodologias e competências do psicomotricista e às indicações terapêuticas da psicomotricidade.

Relativamente à comparação entre grupos profissionais utilizando a média (tabela 10), podemos observar que os enfermeiros são os profissionais que possuem uma perceção mais favorável relativamente à intervenção psicomotora, os técnicos paramédicos são os profissionais que possuem uma perceção menos favorável relativamente à prática psicomotora, sendo mais evidente as diferenças nas médias nas questões referentes às populações e às indicações terapêuticas.

Em relação à faixa etária, é observável que a média de respostas é muito semelhante entre grupo, sendo que os indivíduos mais velhos possuem uma perceção mais elevada, apesar de este valor não ser muito expressivo.

Analisando os valores referentes às diferentes zonas geográficas, é possível observar que os indivíduos das diversas zonas geográficas possuem perceções semelhantes relativamente à população, locais e contextos de intervenção do psicomotricista, e metodologia e competências do psicomotricista. Quando observamos as indicações terapêuticas da psicomotricidade podemos observar que os indivíduos residentes na região norte possuem uma perceção mais elevada, e os indivíduos residentes na região sul possuem uma perceção mais baixa.

Relativamente à comparação entre indivíduos que já trabalharam com psicomotricista e indivíduos que nunca trabalharam com psicomotricista podemos observar que os indivíduos que nunca trabalharam com psicomotricista têm uma perceção mais elevada relativamente à psicomotricidade, porém este valor não é muito expressivo.

Tabela 10 – Percepção sobre a prática psicomotora por grupo profissional, faixa etária, zona geográfica e experiência profissional com psicomotricista

Média e desvio padrão						
	População	Locais	Contexto	Metodologia	Competências	Indicações terapêuticas
Grupos profissionais (N=106)						
<i>Enfermagem</i>	4,65±0,29	4,47±0,4	4,18±0,85	4,63±0,42	4,44±0,85	4,32±0,64
<i>Psicologia</i>	4,47±0,65	4,35±0,67	4,31±0,46	4,57±0,46	4,62±0,44	3,99±0,84
<i>Técnicos paramédicos</i>	3,97±0,68	4,01±0,79	4,05±0,8	4,28±0,73	4,33±0,62	3,5±0,95
<i>Outros profissionais</i>	4,25±0,61	4,3±0,47	4,24±0,54	4,45±0,40	4,45±0,40	3,74±1,09
Faixa etária (N=106)						
<i>20-29</i>	4,32±0,53	4,26±0,70	4,19±0,6	4,46±0,6	4,52±0,53	3,9±0,90
<i>30-39</i>	4,12±0,73	4,15±0,69	4,01±0,94	4,41±0,53	4,26±0,83	3,6±1
<i>40 ou mais</i>	4,49±0,45	4,33±0,56	4,26±0,62	4,54±0,62	4,53±0,49	4,08±0,79
Zona geográfica (N=103)						
<i>Norte</i>	4,25±0,50	4,1±0,46	4,09±0,75	4,63±0,40	4,66±0,51	4,19±0,86
<i>Centro</i>	4,28±0,73	4,17±0,71	4,01±0,85	4,35±0,68	4,32±0,84	3,73±0,93
<i>Lisboa</i>	4,31±0,55	4,33±0,8	4,19±0,56	4,48±0,54	4,46±0,47	3,91±0,95
<i>Sul</i>	4,35±0,43	4,33±0,48	4,53±0,57	4,56±0,55	4,53±0,49	3,69±0,84
Experiência profissional (N=106)						
<i>Já trabalhou c/ psicomotricista</i>	4,21±0,62	4,19±0,76	4,17±0,77	4,41±0,63	4,41±0,69	3,84±0,91
<i>Não trabalhou c/psicomotricista</i>	4,42±0,53	4,32±0,53	4,18±0,64	4,53±0,52	4,5±0,53	3,89±0,94

4.3 Entrevista

A partir da análise de conteúdo baseada nas transcrições as entrevistas (Anexo 6), foram criadas diversas categorias, sendo estas posteriormente subdivididas em subcategorias, por fim, as categorias foram agrupadas em temas. Os temas resultantes da análise de conteúdo são “experiência profissional dos entrevistados”, “intervenção terapêutica na população”, “prática psicomotora” e “conhecimento/reconhecimento da psicomotricidade”.

As categorias definidas para o tema “Experiência profissional” foram: “População” (população de intervenção dos entrevistados), na qual se encontram as subcategorias “Crianças e jovens” (indivíduos dos 0 aos 18 anos), “Adultos” (indivíduos dos 18 aos 65 anos) e “Idosos” (indivíduos com mais de 65 anos); “Áreas de atuação” (áreas de atuação do entrevistado), que inclui as subcategorias “Com perturbações” (o entrevistado atua com indivíduos com alguma perturbação física, cognitiva ou mental) e “Sem perturbações” (o entrevistado atua com indivíduos sem perturbação); “Equipa multidisciplinar” (o entrevistado está incluído numa equipa multidisciplinar), na qual se encontram as subcategorias “Com psicomotricista” (a equipa em que trabalha possui psicomotricista) e “Sem psicomotricista” (a equipa em que trabalha não possui psicomotricista).

Para o tema “Intervenção terapêutica na população” as categorias definidas foram: “Intervenção preconizada” (qual a intervenção que os entrevistados preconizam para a população em que atuam); e “Intervenção real” (qual a intervenção que existe na realidade para estas populações) na qual estão incluídas as subcategorias “Coincide com a preconizada” (se a intervenção real coincide com a preconizada) e “Não coincide com a preconizada (se a intervenção real não coincidir com a preconizada).

Relativamente ao tema “Prática psicomotora” as categorias definidas foram: “Intervenção psicomotora” constituída pelas subcategorias “Intervenção nível psicomotor” (onde se incluem referencias a fatores psicomotores, psicológicos, cognitivos e motores), “Utilização do movimento/gesto” (utilização do movimento e do gesto na psicomotricidade), “Relações” (referentes a relações interpessoais e intrapessoais), “Nível preventivo” (referentes à intervenção psicomotora preventiva) e “Nível terapêutico” referentes à intervenção psicomotora terapêutica); a categoria “Locais de atuação do psicomotricista”, no qual se incluem as subcategorias “Creches/Pré-escola”, “Escola”, “Instituições”, “Hospitais” e “Lares”; a categoria “Populações de intervenção do psicomotricista”, sendo constituída pelas subcategorias “Crianças sem perturbações” (indivíduos dos 0 aos 12 anos), “Crianças com perturbações” (indivíduos dos 0 aos 12 anos), “Grávidas/pós-parto”, “Adultos” (indivíduos dos 18 aos 65 anos), “Idosos sem perturbações” (indivíduos com mais de 65 anos) e “Idosos com perturbações/demência” (indivíduos com mais de 65 anos).

Para o tema “Conhecimento/reconhecimento da psicomotricidade” as categorias definidas foram: “Dificuldade em compreender a psicomotricidade” (referencias que demonstrem desconhecimento ou dificuldade em entender a prática psicomotora); “Confundiu a psicomotricidade com outra terapia”; “Comparou a psicomotricidade com outra terapia”; “Referenciação”, na qual se incluem as subcategorias “Já referenciou para psicomotricista (se

já referenciou um paciente para a psicomotricidade) e “Nunca referenciou para psicomotricista porque não teve a possibilidade” (se nunca referenciou pacientes para a psicomotricidade por não ter tido essa possibilidade).

A divisão por temas, categorias e subcategorias encontra-se apresentada nas tabelas 11 a 14, de modo a facilitar a análise das informações recolhidas. Estas tabelas encontram-se organizadas em categorias, e em subcategorias, sendo referido o número de entrevistas que detinham informação referente aquela categoria (arquivo), o número de vezes que aquela informação foi referida ao longo das entrevistas (frequência), a percentagem em relação à frequência, e exemplos retirados da transcrição das entrevistas.

Ao analisar a tabela referente à experiência profissional dos entrevistados (tabela 11) podemos constatar que estes profissionais atuam nas diversas populações, nomeadamente com crianças/jovens, adultos e idosos, sendo que maioria atua junto de populações com perturbações. Dos dez entrevistados, sete está atualmente numa equipa multidisciplinar e desses sete, quatro estão numa equipa com psicomotricista.

A maioria dos entrevistados refere a intervenção preconizada para a população com que tem contacto, sendo que desses, apenas três refere que a intervenção preconizada coincide com a sua realidade, enquanto que seis referem que a intervenção preconizada não coincide com a realidade (tabela 12).

Analizando a tabela referente com a perceção da psicomotricidade (tabela 13), é observável que a maioria dos entrevistados refere os fatores psicomotores como base da intervenção psicomotora, sendo que com fatores psicomotores estão incluídos fatores motores, psicológicos ou cognitivos. Dos dez entrevistados, cinco referem a perspetiva terapêutica da psicomotricidade e três referem a perspetiva preventiva. Dois dos entrevistados referem a utilização do movimento e do gesto durante a intervenção psicomotora e dois entrevistados referem a promoção das relações durante a intervenção psicomotora.

Relativamente aos locais de atuação do psicomotricista, os entrevistados referem creches/jardins de infância, escolas instituições, hospitais e lares, referindo mais vezes as creches/jardins de infância, as escolas e os hospitais. Relativamente às populações de intervenção do psicomotricista, a maioria dos entrevistados refere que o psicomotricista pode atuar com crianças e idosos, sendo referido, também, a prática psicomotora em indivíduos com limitações motoras ou que sofreram um AVC, um dos entrevistados refere que o psicomotricista pode intervir junto de grávidas ou no pós-parto.

Em relação ao conhecimento/reconhecimento da psicomotricidade, alguns dos entrevistados refere possuir dificuldades em compreender a teoria psicomotora, sendo que

cinco dos entrevistados referem que já confundiram a psicomotricidade e três referem que já compararam a psicomotricidade com outra terapia. Dos dez entrevistados, cinco referem que já referenciaram indivíduos para a psicomotricidade e quatro referem que nunca referenciaram para a psicomotricidade porque nunca tiveram a possibilidade de o fazer (tabela 14).

Tabela 11 – Tema 1 - Experiência profissional dos entrevistados

<i>Experiência profissional do entrevistado</i>					
Categoria	Subcategoria	Arquivo	Frequência	Porcentagem	Exemplo
População	<i>Crianças e jovens</i>	5	5	16,1%	“Trabalho com qualquer faixa etária, tenho mais crianças e adolescentes.” (<i>Entrevista 1</i>) “Neste momento continuo a trabalhar na área da pediatria a trabalhar em meio aquático e em terra.” (<i>Entrevista 2</i>) “(…) intervenção precoce mesmo, com mais pequeninos dos 0 aos 6 anos.” (<i>Entrevista 6</i>)
	<i>Adultos</i>	5	5	16,1%	“(…) também temos utentes mais jovens com 30/40 anos (…)” (<i>Entrevista 3</i>) “(…), eu trabalho exclusivamente com uma população de adultos, de 18 anos para cima a nível de clínica particular (…)” (<i>Entrevista 4</i>) “(…) faço adultos de oncologia.” (<i>Entrevista 7</i>)
	<i>Idosos</i>	4	4	12,9%	“(…) principalmente como população idosos (…)” (<i>Entrevista 3</i>) “(…) praticamente é mais idosos.” (<i>Entrevista 8</i>) “Na UCC (Unidade de Cuidados Continuados), com população idosa com diversas patologias (…)” (<i>Entrevista 9</i>)
Áreas de atuação	<i>Com perturbações</i>	8	8	25,8%	“(…) casos de desenvolvimento psicomotor, autismos, síndromes raras, cromossomopatia, mas genericamente é casos de desenvolvimento psicomotor alguns sem causa conhecida.” (<i>Entrevista 6</i>) “Em termos mais físicos apanho muitas paralisias cerebrais, plexos e torcicolos congénitos.” (<i>Entrevista 2</i>) “Sim, ultimamente não, mas sim com demências” (<i>Entrevista 8</i>)
	<i>Sem perturbações</i>	2	2	6,5%	“(…) pessoas funcionais sem distúrbios globais do desenvolvimento, nem perturbações mentais (…)” (<i>Entrevista 4</i>) “(…) apenas ao ensino de enfermeiros (….) ao final da tarde é osteopatia” (<i>Entrevista 5</i>)
Equipa multidisciplinar	<i>Com psicomotricista</i>	4	4	12,9%	“Temos psicomotricistas também, terapeutas da fala e psicólogos” (<i>Entrevista 1</i>) “Neste momento tanto na clínica como na câmara municipal tenho uma psicomotricista na equipa.” (<i>Entrevista 2</i>) “Eles têm psicomotricista, terapeuta da fala, terapia ocupacional, depois tem outras valências, como a osteopatia.” (<i>Entrevista 7</i>)
	<i>Sem psicomotricista</i>	3	3	9,7%	“Terapia da fala, psicologia, educadoras, enfermagem e técnico de serviço social. (….) Infelizmente não (nunca trabalhou com psicomotricista)” (<i>Entrevista 6</i>) “Temos enfermagem, temos psicologia, temos assistente social, temos terapia da fala só, por exemplo, duas vezes por semana que é muito pouco, e temos fisioterapia também, mas está lá sempre, agora 24h por dia é só a enfermagem.” (<i>Entrevista 9</i>)
Total		31	31	100%	

Tabela 12 – Tema 2 - Intervenção terapêutica na população

<i>Intervenção terapêutica na população</i>					
Categoria	Subcategoria	Arquivo	Frequência	Percentagem	Exemplo
Intervenção preconizada		9	13	59,1%	“Intervir nas áreas todas que a criança ou o indivíduo apresenta dificuldades (...) Ser mesmo parte da equipa a tempo inteiro (o psicomotricista), para atuar em caso de necessidade. Isso era mesmo as circunstâncias ideais, mas isso seríamos todos, não é, os psicólogos, todos os tipos de terapia estarem sempre disponíveis.” (<i>Entrevista 1</i>) “Mas idealmente era de facto haver uma rede de suporte de técnicos de várias áreas que em conjunto promovessem o melhor para aquela criança e para aquela família.” (<i>Entrevista 6</i>)
	<i>Coincide com a preconizada</i>	3	3	13,6%	“(…) seria mais importante ter mais frequência, mas tirando isso as coisas correm bem, apesar de ser uma frequência mínima” (<i>Entrevista 4</i>) “Sim, quer dizer com a realidade possível” (<i>Entrevista 6</i>) “Neste momento já coincide mais sim. Felizmente já temos muita especialidade, quer dizer, eu penso que devia de haver mais especialistas na área (...)” (<i>Entrevista 10</i>)
Intervenção real	<i>Não coincide com a preconizada</i>	6	6	27,3%	“Porque na prática os terapeutas estão nas instituições e depois estão destacados para determinadas associações e acaba a criança por não ter, ou então há múltiplos apoios iguais não é, a criança anda na terapia da fala com credencial e anda na terapia da fala no CRI ou anda na terapia da fala na escola e depois acaba por ter uma duplicação às vezes de apoios quando poderia ter diferentes apoios mais diversificados ou então que correspondessem melhor aquilo que a criança realmente precisa.” (<i>Entrevista 7</i>) “(…) mas eu nunca vi lá (no hospital) uma psicóloga a dar apoio, vai lá uma terapeuta da fala e uma fisioterapeuta 5 min e é para aqueles casos de AVC que estão com disfagia, o resto não tem nada.” (<i>Entrevista 8</i>)
Total		18	22	100%	

Tabela 13 – Tema 3 - Prática psicomotora

Prática psicomotora					
Categoria	Subcategoria	Arquivo	Frequência	Porcentagem	Exemplo
Intervenção psicomotora	<i>Intervenção nível psicomotor</i>	9	15	17,6%	“(…) direcionada para, portanto pensando nos fatores psicomotores e nas características psicomotoras da criança, portanto logo desde muito cedo o trabalhar estas competências (...)” (<i>Entrevista 2</i>) “(…) reabilitação, manutenção na parte física e psicológica.” (<i>Entrevista 3</i>) “(…) tem várias dimensões, é multidimensional no sentido que trabalha funções cognitivas, simbólicas, psicolinguísticas e se não estou em erro motoras.” (<i>Entrevista 4</i>)
	<i>Utilização movimento/ gesto</i>	2	6	7,1%	“(…) nós precisamos do movimento para ir evoluindo nas competências sociais e nas competências motoras (...)” (<i>Entrevista 2</i>) “(…) intencionalidade do gesto e muito a promoção (...) de gesto espontâneo, ou seja, desencarcerarmos o gesto do indivíduo. (...) pelo desbloqueio do gesto espontâneo das pessoas (...)” (<i>Entrevista 4</i>)
	<i>Relações</i>	2	2	2,4%	“(…) melhorar a relação que eles têm com o meio (...)” (<i>Entrevista 1</i>) “(…) competências sociais (...)” (<i>Entrevista 2</i>)
	<i>Nível preventivo</i>	3	4	4,7%	“(…) começasse a intervir com estas crianças de uma forma de um bocadinho mais de promoção de saúde (...)” (<i>Entrevista 2</i>) “(…) nos idosos na manutenção das competências (...)” (<i>Entrevista 3</i>) “(…) logo na primeira infância nos meninos (...) na estimulação para desenvolver e estimular mais o desenvolvimento cognitivo da criança (...)” (<i>Entrevista 7</i>)
	<i>Nível terapêutico</i>	5	5	5,9%	“(…) potencializar também as próprias capacidades que por algum motivo possam estar comprometidas.” (<i>Entrevista 1</i>) “(…) teria uma melhor e mais rápida integração do contexto, uma reabilitação mais rápida.” (<i>Entrevista 5</i>)
Locais de atuação do psicomotricista	<i>Creche/pré-escola</i>	3	4	4,7%	“(…) no pré-escolar acho que é importante (...)” (<i>Entrevista 2</i>) “(…) começava nos últimos anos da creche (...)” (<i>Entrevista 5</i>)
	<i>Escola</i>	3	4	4,7%	“(…) em escolas (...)” (<i>Entrevista 1</i>) “(…) em termos de escola também me parece importante (...)” (<i>Entrevista 2</i>) “(…) instituições de acompanhamento (...) quer escolar (...)” (<i>Entrevista 10</i>)
	<i>Instituições</i>	3	3	3,5%	“(…) em CAO em CERCÍ (...)” (<i>Entrevista 2</i>) “(…) contexto privado, institucional (...)” (<i>Entrevista 4</i>) “(…) devia haver em todas as instituições (...)” (<i>Entrevista 10</i>)
	<i>Hospitais</i>	2	4	4,7%	“(…) em hospitais.” (<i>Entrevista 1</i>) “(…) hospitalar (...)” (<i>Entrevista 4</i>)
	<i>Lares</i>	2	3	3,5%	“(…) lares (...)” (<i>Entrevista 1</i>)

Populações de intervenção do psicomotricista					“Lares (...) porque há muitas alterações a nível psicomotor exatamente na terceira idade (...)” (Entrevista 10)
	Crianças sem perturbações	6	6	7,1%	“(...) parte da infância por exemplo quer em crianças normais (...) (Entrevista 3) “(...) coordenação motora pode ser treinada, deve ser treinada, a integração dos reflexos (...) existir uma terapia ativa no desenvolvimento da criança.” (Entrevista 5) “(...) é transversal às áreas todas desde os bebés (...) (Entrevista 6)
	Crianças com perturbações	8	8	9,4%	“(...) não necessariamente e unicamente relacionadas com crianças com patologia, mas sim em grupos de trabalho de crianças mais pequenas (...) adaptação das atividades escolares e apoio nas necessidades educativas mais académicas (...)” (Entrevista 2) “(...) crianças com algum tipo de necessidade especial ou deficiência (...)” (Entrevista 3) “Pode atuar no contexto dos autistas (...)” (Entrevista 7) “Acredito também que nos miúdos com problemas de desenvolvimento deva fazer muito sentido (...)” (Entrevista 8)
	Grávidas/pós-parto	1	1	1,2%	“(...) nas grávidas, preparação para o parto ou pós-parto.” (Entrevista 3)
	Adultos	5	7	8,2%	“(...) no pós-operatório, nos doentes crónicos (...) faixa etárias mais ativa precisaria menos, mas os que tiverem uma limitação inerente de um acidente ou traumatismos (...)” (Entrevista 5) “Nos adultos, na área que eu trabalho, na oncologia (...) Um AVC com sequelas (...)” (Entrevista 7) “Também a nível em adultos quando têm AVC (...)” (Entrevista 9)
	Idosos sem perturbações	6	6	7,1%	“(...) idosos na manutenção das competências que eles têm (...)” (Entrevista 3) “(...) até ao velhinho do lar (...)” (Entrevista 5) “(...) nas pessoas com mais de 80 anos, mesmo sem demência (...)” (Entrevista 7)
	Idosos com perturbações/demência	7	7	8,2%	“As demências, por exemplo (...)” (Entrevista 7) “(...) terceira idade e com problemas graves (...)” (Entrevista 10)
Total	67	85	100		

Tabela 14 – Tema 4 - Conhecimento/reconhecimento da psicomotricidade

Conhecimento/Reconhecimento psicomotricidade					
Categoria	Subcategoria	Arquivo	Frequência	Porcentagem	Exemplo
<i>Dificuldades em compreender a psicomotricidade</i>		3	6	25%	<p>“Eu não sei bem, tenho algumas dificuldades em perceber, é um bocado confuso para mim.” (<i>Entrevista 1</i>)</p> <p>“(…) sou sincera não tenho grande ideia talvez desenvolver a parte das atividades, digo eu, mas não tenho grande noção sobre o assunto.” (<i>Entrevista 9</i>)</p> <p>“Tenho poucas noções acerca disso, muitas poucas (...) Mas não sei concretamente, não tenho exatamente presente quais são as áreas de trabalho” (<i>Entrevista 10</i>)</p>
	<i>Confundi psicomotricidade com outra terapia</i>	5	6	25%	<p>“Sim (já confundi), com terapia ocupacional. Quando estava a perguntar estava a ver se não começo a falar da terapia ocupacional.” (<i>Entrevista 1</i>)</p> <p>“Penso que seja por aí, pelo menos para mim há uma confusão na minha cabeça com terapia ocupacional (...)” (<i>Entrevista 6</i>)</p> <p>“Sim, eu própria não sabia se a minha colega era psicomotricista ou terapeuta ocupacional ou assim.” (<i>Entrevista 8</i>)</p>
	<i>Comparou psicomotricidade com outra terapia</i>	3	3	12,5%	<p>“Comparei antes de ir para o hospital tinha essa dúvida entre a psicomotricidade e a terapia ocupacional e fisioterapia, mas depois também depende um bocadinho das técnicas porque muitas técnicas psicomotricistas estão a fazer muitas funções que não as delas.” (<i>Entrevista 7</i>)</p> <p>“Sim, com a terapia ocupacional.” (<i>Entrevista 8</i>)</p>
<i>Referenciação</i>	<i>Já referenciou para psicomotricista</i>	5	5	20,8%	<p>“Sim (...) por iniciativa própria.” (<i>Entrevista 1</i>)</p> <p>“Sim (...) já ouvi situações em que eu achei que fazia sentido fazer essa passagem, tal como também já me aconteceu, por exemplo, sentar-me com a psicomotricista em situações de equipa e tirar dúvidas e ser ela a recomendar fazer uma avaliação por exemplo.” (<i>Entrevista 2</i>)</p> <p>“Referenciei, tenho referenciado, isso não existe para os adultos, o que existe é a pagar, portanto as pessoas vão a pagar.” (<i>Entrevista 7</i>)</p>
	<i>Nunca referenciou para psicomotricista porque não teve a possibilidade</i>	4	4	16,7%	<p>“Não porque não temos acesso a esse tipo de profissionais, ou seja, eu até poderia referenciar, mas como não temos esse tipo de profissional não é possível fazê-lo.” (<i>Entrevista 3</i>)</p> <p>“Não, nunca referenciei nem nunca ouvi oportunidade para isso (...) é complicado, fazê-las optar por fazer outra terapia porque economicamente estão muito debilitadas (...) Sim, dependendo da perturbação, dependendo das circunstâncias (se tivesse oportunidade).” (<i>Entrevista 4</i>)</p> <p>“Não, aqui nós então a nível de província não temos, é o que eu digo se tivéssemos em Lisboa se calhar teríamos tido mais possibilidades de orientar (...)” (<i>Entrevista 10</i>)</p>
Total		18	24	100%	

5 Discussão

Nesta secção será descrita uma profunda análise e discussão dos resultados apresentados na secção anterior. Neste capítulo, será realizada uma análise à caracterização sociodemográfica da amostra, uma análise dos resultados obtidos através do questionário “Conhecimento da psicomotricidade”, uma análise aos resultados obtidos através da análise de conteúdo das entrevistas, as limitações e contribuições deste estudo e propostas para estudos futuros.

Ao analisar a caracterização sociodemográfica da amostra do questionário podemos constatar que esta é uma amostra relativamente jovem, sendo que a maioria dos inquiridos trabalha na sua área de formação há menos de cinco anos. A maioria dos inquiridos possui uma licenciatura, sendo as áreas de estudo mais comuns a enfermagem, a psicologia e a terapia da fala. Podemos constatar que a maioria dos inquiridos reside na região centro, nomeadamente em Lisboa e em Leiria. Na altura do preenchimento do questionário, grande parte dos inquiridos referem trabalhar numa equipa multidisciplinar, sendo que cerca de metade dos inquiridos trabalha ou já trabalhou em conjunto com um psicomotricista. A grande maioria dos inquiridos refere que já ouviu falar acerca da psicomotricidade, sobretudo através de colegas ou do emprego.

Relativamente à entrevista, podemos observar que a idade média dos entrevistados é semelhante à média de idades do questionário, os entrevistados pertencem a diversas áreas de saúde, existindo uma maior prevalência de psicólogos, cada entrevistado possui um percurso educacional e profissional muito distinto. Estes profissionais trabalham na sua área há 12 anos em média, sendo que o profissional mais velho trabalha há 38 anos. Quando analisada a sua experiência profissional, podemos determinar que as populações de intervenção dos entrevistados são muito variadas, sendo que estes trabalham com crianças, jovens, adultos e idosos. Destes profissionais, a maioria trabalha ou trabalhou com indivíduos com perturbações, sendo que apenas dois referem trabalhar com indivíduos sem perturbações. Desses dois entrevistados que referem trabalhar com indivíduos sem perturbações, um é psicólogo e trabalha “*a nível de perturbações de personalidade ou perturbações da depressão, ansiedade*” (Entrevista 6), e o outro é enfermeiro/osteopata e atualmente é professor universitário e realiza consulta de osteopatia. Dos entrevistados quatro trabalham numa equipa multidisciplinar com psicomotricista e três sem psicomotricista.

Analisando as respostas obtidas através do questionário e da entrevista, podemos observar que a maioria dos profissionais da área da saúde possuem algum conhecimento acerca

da profissão do psicomotricista, sendo que numa perspectiva geral, possuem uma percepção positiva relativamente à prática psicomotora.

Em relação às populações de intervenção, os inquiridos referem a importância da prática psicomotora na maioria das populações, dando ênfase à intervenção psicomotora em bebés, crianças, idosos e indivíduos com algum tipo de perturbação, sendo que alguns dos profissionais referem que a psicomotricidade é “*transversal às áreas todas desde os bebés aos idosos*” (Entrevista 6). Os adolescentes e grávidas foram consideradas como sendo as populações com menos necessidade de intervenção psicomotora, apesar desta menor importância concedida à intervenção psicomotora nas grávidas, um dos entrevistados refere que a intervenção psicomotora é importante nas “*grávidas, preparação para o parto ou pós-parto*” (Entrevista 3). Através da análise da importância concedida à intervenção psicomotora nas diversas populações, foi observável que os inquiridos conferem uma maior importância às populações que detêm o vocábulo “deficiência”. Podemos supor que os profissionais em estudo reconhecem a psicomotricidade como sendo uma terapêutica direcionada para a infância e para a terceira idade, ou para indivíduos com algum tipo de deficiência. Podemos também supor, que os profissionais da área da saúde dão uma maior importância à intervenção psicomotora nas populações com que estão mais familiarizados, demonstrando uma maior sensibilização para as necessidades terapêuticas dessa população.

Relativamente aos locais de intervenção, podemos observar que a maioria dos inquiridos confere alguma importância à intervenção do psicomotricista nos diversos locais, sendo que referem uma menor importância na intervenção do psicomotricista em escolas de 3.º ciclo de ensino básico, escolas de ensino secundário e associações desportivas. Estes locais referidos anteriormente, são instituições/associações, na maioria das vezes, direcionadas para uma população jovem ou adulta, sem perturbações físicas ou cognitivas. Assim podemos considerar este fator para justificar a menor importância referida pelos profissionais da área da saúde. Quando questionados acerca dos locais da prática psicomotora, os entrevistados referem, na sua maioria “*em escolas, em lares, em hospitais*” (Entrevista 1), corroborando com a suposição de que os profissionais da área da saúde concedem uma maior importância à intervenção psicomotora em instituições com crianças, idosos ou com algum tipo de perturbação.

Ao analisar a questão referente aos contextos de intervenção do psicomotricista, podemos constatar que a maioria dos inquiridos concordam com a intervenção psicomotora nos diversos contextos, dando ênfase à intervenção psicomotora em meio aquático. O parâmetro intervenção psicomotora em sala de aula, foi o contexto que os inquiridos referiram serem

indiferentes ou, discordarem da sua utilização na prática psicomotora. Podemos considerar que os inquiridos relatam uma menor importância à intervenção psicomotora em contexto de sala de aula, devido à especificidade da mesma, sendo esta uma sala com organização e material específicos para as aulas escolares.

Analisando as metodologias do psicomotricista, podemos determinar que os profissionais da área da saúde conferiram importância às diversas metodologias específicas à prática psicomotora, o mesmo é observável ao analisar as competências específicas do psicomotricista. Podemos considerar que esta importância conferida às metodologias e competências se deve ao facto de os diversos profissionais da área da saúde não observarem a intervenção psicomotora diretamente, não possuindo noções acerca das metodologias que o psicomotricista utiliza e as suas competências, podemos corroborar esta hipótese através do entrevistado 8 que refere que no seu local de trabalho não confere muita atenção ao trabalho da colega psicomotricista.

Ao analisar o parâmetro das indicações terapêuticas podemos observar que não existe grande concordância entre os inquiridos, sendo este o parâmetro que possui valores menos favoráveis para a prática psicomotora. Foi observável que os profissionais da área da saúde iriam, muito provavelmente referenciar para a psicomotricidade indivíduos com problemas do neurodesenvolvimento, para problemas psicomotores relacionados com problemas de estruturação, para desarmonias psicomotoras, e problemas motores. É notório que existe uma maior possibilidade de referência para a psicomotricidade quando a indicação terapêutica possui os vocábulos “motor” ou “psicomotor”.

As indicações terapêuticas que possuem menos probabilidade de ser referenciadas para a psicomotricidade são a nível preventivo, a indivíduos com distúrbios/problemas em experiências corporais, sentimentos ou sensações do corpo, a indivíduos com problemas psicossomáticos e as perturbações psiquiátricas. Podemos considerar que esta baixa referência se deve ao facto de estas indicações serem transversais a diversas terapêuticas, sendo que os profissionais da área da saúde podem considerar que estas indicações pertencem à sua área de atuação e não à do psicomotricista. Em relação à baixa referência a nível da prática psicomotora a nível preventivo, podemos considerar o estigma que ainda existe, de que a terapia deve ser apenas aplicada de forma terapêutica e não de forma preventiva. Em contrapartida, existem quatro referências acerca da perspectiva preventiva da psicomotricidade nas entrevistas, considerando como sendo importante “*intervir com estas crianças de uma forma de um bocadinho mais de promoção de saúde desde cedo*” (Entrevista 2) e de modo a

permitir a “*manutenção de competências*” (Entrevista 3), demonstrando a abertura de alguns profissionais da área da saúde na implementação de terapias preventivas.

Relativamente à comparação entre grupos profissionais, foi observável que dos grupos profissionais, os enfermeiros são aqueles que possuem uma percepção mais favorável relativamente à prática psicomotora, enquanto que os técnicos paramédicos são os que possuem uma percepção menos favorável em relação à psicomotricidade, sendo mais notória essa discrepância nas questões referentes à intervenção psicomotora nas diversas populações e as indicações terapêuticas do psicomotricista. Podemos supor que o grupo dos técnicos paramédicos detém uma percepção menos favorável em relação à psicomotricidade, comparativamente a outros grupos, porque este grupo inclui profissionais da fisioterapia e da terapia ocupacional, sendo estas profissões muitas vezes confundidas e comparadas com a psicomotricidade, como descrito por um dos entrevistados que refere que tinha dúvidas “*entre a psicomotricidade e a terapia ocupacional e fisioterapia*” (Entrevista 7). Podemos, então, supor que pode existir algum conflito nas intervenções entre estas três áreas terapêuticas, justificando assim a menor importância que estes técnicos dão à prática psicomotora, especialmente nas populações e indicações terapêuticas. Os resultados obtidos na comparação entre grupos profissionais não é congruente com a hipótese testada por Cerqueira (2013), a autora refere que no seu estudo, não foram observadas diferenças entre profissões. Podemos colocar como hipótese, para justificar a diferença de resultados entre estudos, o facto de a amostra de Cerqueira ser reduzida e ao facto de esta amostra ter sido recolhida numa zona geográfica mais reduzida.

Analisando as diferenças entre as respostas das diversas faixas etárias, podemos constatar que não existem diferenças em nenhuma das questões, este resultado não coincide com o resultado apresentado no estudo de Cerqueira (2013) que refere que as faixas etárias mais velhas apresentam um maior nível de conhecimento acerca da psicomotricidade. Podemos supor que esta diferença entre estudos se deve, também, ao número mais reduzido de amostra e ao facto de esta amostra ter sido recolhida numa zona geográfica mais reduzida.

Ao analisar a comparação entre zonas geográficas, é observável que as médias das respostas são semelhantes nas diversas regiões, sendo que na questão relativa às indicações terapêuticas da psicomotricidade, podemos observar que existem algumas diferenças nos valores, sendo a região Norte a região com percepção mais favorável, e a região Sul a região com percepção menos favorável. Podemos considerar este resultado pelo facto de que na região Sul, os indivíduos estão “*muito entupidos de medicação e com pouca percepção de outras terapias e de outros níveis de intervenção*” (Entrevista 4).

É possível observar que os indivíduos que nunca trabalharam com psicomotricista possuem uma percepção referente à psicomotricidade ligeiramente superior em relação aos profissionais que já trabalharam com psicomotricistas, esta diferença não é muito expressiva, demonstrando que os profissionais de saúde mantêm uma percepção semelhante da psicomotricidade quer tenham estado em contacto com um psicomotricista no seu local de trabalho ou não.

Relativamente à entrevista, foi solicitado aos profissionais que comentassem a sua percepção acerca da psicomotricidade, a maioria referiu que a intervenção psicomotora é baseada numa intervenção a nível psicológico, cognitivo ou motor, sendo uma área *“multidimensional no sentido que trabalha funções cognitivas, simbólicas, psicolinguísticas e (...) motoras”* (Entrevista 4). Alguns dos entrevistados referem que o psicomotricista utiliza o movimento e o gesto durante a sua intervenção, utilizando a *“intencionalidade do gesto e muito a promoção, daquilo que nós em psicanálise chamamos de gesto espontâneo, ou seja desencarcerarmos o gesto do indivíduo”* (Entrevista 4), os entrevistados referem que a intervenção psicomotora promove as relações sociais e com o ambiente. Durante as entrevistas existem cinco referências à intervenção psicomotora a nível terapêutico de modo a *“potencializar também as próprias capacidades que por algum motivo possam estar comprometidas”* (Entrevista 1). Podemos constatar que existem profissionais da área da saúde que reconhecem a prática psicomotora e que conhecem a base dos seus fundamentos, porém este conhecimento, na maioria dos casos é muito superficial, promovendo assim a existência de confusões e comparações com outras terapêuticas.

Em relação ao conhecimento/reconhecimento da psicomotricidade, existem seis referências nas entrevistas acerca de dificuldades em compreender a prática psicomotora, sendo que um entrevistado refere que a psicomotricidade *“é uma coisa muito marginal”* (Entrevista 10). Dos entrevistados, metade já confundiu a psicomotricidade com outra terapia, nomeadamente *“com terapia ocupacional”* (Entrevista 6), alguns dos entrevistados referem que já compararam a psicomotricidade com outras terapias. Podemos supor que este desconhecimento acerca da psicomotricidade se deve à falta de formação relativamente às terapêuticas existentes, as suas metodologias e as suas áreas de intervenção. Um dos entrevistados refere que uma das causas possíveis para a confusão e comparação entre terapêuticas pode ser o facto de existirem *“técnicas psicomotricistas estão a fazer muitas funções que não as delas”* (Entrevista 7), ou seja a existência de profissionais de saúde que realizam funções que são competência de outra área profissional. Esta é uma possibilidade para

a constante comparação e confusão entre terapêuticas, uma vez que ainda existem instituições que possuem terapeutas a realizar funções de outras terapêuticas.

Metade dos entrevistados refere que já referenciou indivíduos para a psicomotricidade, um dos entrevistados refere que oficialmente nunca referenciou indivíduos para a psicomotricidade, *“mas no lar vou alertando a psicomotricista para algumas coisas”* (Entrevista 8). Podemos constatar que a psicomotricidade é uma intervenção referenciada regularmente, porém existem constrições relativamente a aspetos monetários, porque *“para os adultos, o que existe é a pagar, portanto as pessoas vão a pagar”* (Entrevista 7), em crianças e jovens, muitas das vezes as terapias são com base nos apoios da segurança social, assim muitas das vezes os indivíduos têm *“um só apoio então às vezes estamos naquela indecisão de qual é o apoio mais urgente e isso não é de todo o ideal”* (Entrevista 1).

Quatro dos entrevistados referem que nunca referenciaram ninguém para a psicomotricidade porque não possuem *“acesso a esse tipo de profissionais”* (Entrevista 3), ou seja, não referenciam para o psicomotricista porque no seu contexto institucional não possuem essa terapêutica ou porque os seus pacientes estão *“economicamente muito debilitados”* (Entrevista 4) sendo por isso impossível referenciar para outra terapêutica.

Relativamente à intervenção preconizada para as diversas populações, a maioria dos entrevistados consideram que a intervenção deve ser *“sempre multidisciplinar”* (Entrevista 10), intervindo nas *“áreas todas que a criança ou o indivíduo apresenta dificuldades”* (Entrevista 1) e o ideal seria *“todos os tipos de terapia estarem sempre disponíveis”* (Entrevista 1). Dos entrevistados, três referem que o acompanhamento preconizado é o que coincide com a *“realidade possível”* (Entrevista 6), os restantes referem que a realidade não coincide com a intervenção preconizada por diversas razões, sendo que os entrevistados referem que *“na prática os terapeutas estão nas instituições e depois estão destacados para determinadas associações”* (Entrevista 7), sendo que em alguns dos casos, o indivíduo acaba por não ter acesso à terapia, *“ou então há múltiplos apoios igual não é, a criança anda na terapia da fala com credencial e anda na terapia da fala no CRI ou anda na terapia da fala na escola e depois acaba por ter uma duplicação às vezes de apoios”* (Entrevista 7), um dos entrevistados refere que no seu local de trabalho não observa *“uma psicóloga a dar apoio, vai lá uma terapeuta da fala e uma fisioterapeuta 5 min e é para aqueles casos de AVC que estão com disfagia, o resto não tem nada”* (Entrevista 8). Podemos constatar que em Portugal, a intervenção terapêutica ainda não está totalmente desenvolvida, existindo ainda muitas constrições na intervenção terapêuticas dos diversos profissionais da área da saúde. A intervenção terapêutica é muito mais avançada em alguns países europeus, nomeadamente na Finlândia onde um dos

entrevistados refere que fez Erasmus, no centro de Onkalampi, há 20 anos atrás, refere também que foi neste centro que conheceu o Snoezelen que começou a ser implementado em Portugal recentemente, sendo que nesse centro havia “*psicomotricista, terapia ocupacional, fisiatra, fisioterapeuta, terapia da fala, uma panóplia de profissionais que já trabalhavam há muitos anos e que agora é que chegam cá*” (Entrevista 7).

Através desta análise dos questionários e das entrevistas conseguimos perceber que os diversos profissionais da área da saúde possuem uma perceção positiva acerca da psicomotricidade, apesar de ainda existirem muitas dúvidas acerca da intervenção do psicomotricista e das suas áreas de intervenção.

São diversos os fatores que constringem a implementação da prática psicomotora, atualmente existe uma necessidade a nível nacional de implementar equipas multidisciplinares em escolas, hospitais e instituições de solidariedade social com todas as terapias disponíveis “*a tempo inteiro, para atuar em caso de necessidade*” (Entrevista 1), de modo a proporcionar uma intervenção terapêutica completa a todos os indivíduos. A falta de regulamentação formal das diretrizes do psicomotricista é um dos principais fatores constringentes da psicomotricidade, pois permite a existência de outros profissionais que utilizem técnicas e métodos específicos do psicomotricista, sendo que o contrário também pode ocorrer, um psicomotricista que utilize técnicas e métodos específicos de outra terapêutica, ambos os casos comprometem o reconhecimento e a implementação da psicomotricidade.

Um dos fatores que foi mais referido neste estudo foi a confusão que existe entre a psicomotricidade e outras terapias, sendo que para solucionar esse problema seria necessário a implementação de uma regulamentação formal das diretrizes da psicomotricidade. Uma outra solução pertinente, seria implementar unidades curriculares que abordassem as terapias existentes em Portugal e as suas especificidades, nos cursos relacionados com a saúde, deste modo iria existir uma maior consciencialização das terapêuticas existentes e as suas diretrizes, assim os profissionais da área da saúde conseguiriam determinar mais facilmente qual a área terapêutica mais apropriada para as necessidades específicas do indivíduo.

Limitações, contributos e sugestões para estudos futuros

No decorrer desta investigação emergiram algumas limitações, a mais evidente foi a pandemia que atingiu o nosso país, sendo que o questionário de validação foi partilhado com a amostra no início da pandemia em Portugal, por essa razão, a validação do questionário demorou mais tempo do que o planeado, pois os profissionais da área da saúde encontravam-se num momento de grandes mudanças a nível pessoal, familiar e profissional. O questionário

de validação foi preenchido por 37 indivíduos, sendo que desses, apenas 18 responderam ao questionário as duas vezes necessárias. Uma das outras limitações foi a dificuldade em conseguir voluntários para a entrevista, sendo que no questionário 16 indivíduos voluntariaram-se para a realização da entrevista, mas apenas quatro se disponibilizaram para a realização da mesma. Este fator causou um constrangimento a nível de tempo, uma vez que foi necessário contactar diversos indivíduos para conseguir as dez entrevistas. Outra das limitações sentidas neste estudo foi a reduzida bibliografia relativa ao tema, sendo que o único estudo anterior conhecido é a monografia de Cerqueira (2013), que apesar de ser uma base fulcral para esta investigação, é um estudo de 2013 que foi realizado a uma amostra muito reduzida, retirada de uma zona geográfica também, muito reduzida. Uma outra limitação foi a reduzida dispersão geográfica, sendo que teria sido interessante a realização de uma comparação entre regiões litorais e interiores, teria também sido interessante a comparação entre a percepção dos profissionais da área da saúde nos arquipélagos.

Apesar das limitações sentidas, podemos considerar que o presente estudo fornece importantes contribuições para a prática psicomotora, sendo que através deste estudo é possível determinar que a psicomotricidade é uma área conhecida junto dos diversos profissionais da área da saúde, sendo que maioria deles detém uma percepção positiva acerca desta terapêutica. É também possível determinar que, apesar de ser uma área conhecida, ainda existem algumas dúvidas referentes às populações e indicações terapêuticas da psicomotricidade, deste modo, conseguimos determinar que estas são as questões que necessitam de ser explicadas a estes indivíduos. Por essa razão, estas questões foram respondidas com maior ênfase na apresentação relativa à psicomotricidade enviada aos profissionais da área da saúde.

Podemos propor, para estudos futuros, a análise da percepção dos profissionais da área da educação em relação à psicomotricidade. Outra proposta interessante seria analisar a percepção dos psicomotricistas acerca da prática psicomotora, pois neste estudo existiram alguns psicomotricistas que responderam ao questionário, respostas essas que não foram utilizadas no estudo, mas numa breve análise foi perceptível que existem diferenças na percepção entre psicomotricistas. Outro estudo que pode ser proposto, seria uma nova aplicação destes instrumentos nos profissionais da área da saúde e diretores técnicos de instituições, cinco ou dez anos no futuro, de modo a perceber se existem diferenças na percepção destes profissionais acerca da psicomotricidade.

6 Conclusão

Este estudo centrou-se nas diretrizes da prática psicomotora, e na importância que os diversos profissionais da área da saúde concedem à intervenção psicomotora nas diversas populações, locais, contextos, nas metodologias e competências do psicomotricista e nas indicações terapêuticas da psicomotricidade.

De um modo geral, podemos determinar que os profissionais da área da saúde e diretores técnicos de instituições possuem uma percepção positiva acerca da intervenção psicomotora, porém, relativamente às indicações terapêuticas, podemos observar a existência de discrepâncias entre as opiniões dos diversos profissionais da área da saúde. O grupo dos enfermeiros, foi o grupo profissional que manifestou uma percepção mais positiva relativamente à prática psicomotora, enquanto os técnicos paramédicos foram os que apresentaram uma opinião mais desfavorável relativamente à prática do psicomotricista.

Numa perspetiva geral, os entrevistados referem que para uma intervenção mais eficaz seria necessário a existência de uma equipa multidisciplinar com todo o tipo de terapias, incluindo a psicomotricidade. A maioria dos entrevistados possui uma perspetiva positiva acerca da prática psicomotora, porém muitos deles demostram que não possuem conhecimentos muito abrangentes em relação à prática psicomotora, confundindo com outras terapias, demonstrando a necessidade de delimitar a especificidade da prática psicomotora aos diversos profissionais.

Um dos entrevistados refere que na sua experiência *“sempre que aparece algum técnico ou alguma (...) todos os outros técnicos aprendem muito mais porque entram em contacto com esse e vamos discutindo os casos em conjunto. Isso aconteceu com psicólogos e até com assistentes sociais”* (Entrevista 10), podemos retirar desta transcrição, que o percurso que a profissão do Psicomotricista está a percorrer agora, foi percorrido por outras áreas profissionais anteriormente. Esta é uma transcrição que concede esperança de que a profissão do psicomotricista será reconhecida em Portugal, sendo que a psicomotricidade deve ser implementada através da *“apresentação de projetos às entidades competentes com diversas fases, com sensibilização também junto da população”* (Entrevista 4).

7 Referências

- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (s/d). Psicomotricidade práticas profissionais. Em *Brochura Profissional*. Retirado de <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a5355786c5a793944543030764f454e4651304d76523152465253394562324e31625756756447397a51574e3061585a705a47466b5a554e7662576c7a633246764c3251304d7a4a684e>
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2017). Psicomotricidade. Retirado Outubro 23, 2019, de <https://www.appsicomotricidade.pt/psicomotricidade/>
- Associazione Italiana Psicomotricisti. (2020). Profilo professionale dello psicomotricista. Retirado Maio 28, 2020, de <https://www.associazioneaip.it/profilo-profesionale-psicomotricista/>
- Aubert, É. (2015). Rééducation des troubles de la coordination dynamique générale. Em *Manual d'enseignement de psychomotricité Tome 3- Clinique et thérapeutiques* (pp. 59–64). De Boeck Solal.
- Aucouturier, B. (2007). *O método Aucouturier: Fantasmas de ação e prática psicomotora*. Idéias & Letras.
- Ballouard, C. (2008). *L'aide-mémoire: Psychomotricité*. Dunod.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barnich, L., & Removille, C. (2019). Les seniors en institutions. Em *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 359–370). Dunod.
- Baudet, É., & Carrette, G. (2019). Spécificité et généralité de la psychomotricité en psychiatrie adulte. Em *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 295–310). Dunod.
- Baylot, A., Bednarek, S., & Fradet, M. (2019). Psychomotricité en rééducation orthopédique et neurologie adulte. Em *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 269–294). Dunod.
- Bernard, A., Buissard, I., & Gay-Brown, C. (2015). La déficience visuelle. Em *Manual d'enseignement de psychomotricité Tome 3- Clinique et thérapeutiques* (pp. 123–137). De Boeck Solal.

- Boletim do Trabalho e Emprego nº14/2020 de 15 de abril. Direção Geral do Emprego e das Relações do Trabalho. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.
- Bonnotte, L. (2019). L'enfant en situation de polyhandicap. Em *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 179–186). Dunod.
- Bonnotte, L., Guiltard, S., & Lequenne, F. (2015). Le polyhandicap. Em *Manual d'enseignement de psychomotricité Tome 3- Clinique et thérapeutiques* (pp. 139–146). De Boeck Solal.
- Boutinaud, J., Rodriguez, M., Moyano, O., & Joly, F. (2014). Les thérapeutiques psychomotrices aujourd'hui: perspective dialectique et approche intégrative. Em *Où en est la psychomotricité? État des lieux et perspectives* (pp. 15–31). In Press Éditions.
- Buil, A. (2019). Le psychomotricien en néonatalogie. Em *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 57–68). Dunod.
- Cajal, M. (2019). Psychomotricité et surdités chez l'enfant. Em *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 201–210). Dunod.
- Calza, A., Contant, M., & Moyano, O. (2007). Éléments d'histoire et d'épistémologie Généralités sur l'investigation et la thérapie psychomotrice. Em *Psychomotricité* (3^a édition, pp. 1–50). Elsevier Masson SAS.
- Carpentier, C. D., & Périllat-Mercerot, A. (2015). Accidents vasculaires cérébraux. Em *Manual d'enseignement de psychomotricité Tome 3- Clinique et thérapeutiques* (pp. 293–301). De Boeck Solal.
- Cerqueira, R. (2013). *Implementação da Prática dos Psicomotricistas na Região do Alto Minho: Um estudo exploratório*. Universidade Fernando Pessoa.
- Cifuentes, T. R. (2019). L'apport de la psychomotricité auprès d'enfants déficients intellectuels. Em *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 187–200). Dunod.
- Cocaign, V., Thérain-Sommain, M., & Guiose, M. (2019). Les soins palliatifs et la psychomotricité. Em *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 401–412). Dunod.
- Collin-Betheuil, N. (2019). Rôle du psychomotricien en prévention et en petite enfance. Em *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 69–80). Dunod.

- Constant, A., & Exposito, C. (2019). La question des addictions et l'approche psychomotrice. In *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 311–326). Dunod.
- Coutinho, C. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas Teoria e Prática*. Almedina.
- Delfaure, M., Hourgron, A., & Ramo, M. (2015). Conduites addictives et toxicomanies A. Les troubles d'utilisation de substances: notions élémentaires. Em *Manual d'enseignement de psychomotricité Tome 3- Clinique et thérapeutiques* (p. 201209). De Boeck Solal.
- Dieuleveult, M.-A. de. (2015). Expression graphomotrice. Em *Manual d'enseignement de psychomotricité Tome 2 - Méthodes et techniques* (pp. 452–455). De Boeck Solal.
- Domínguez, D. M. (2008). *Psicomotricidad e intervención educativa*. Ediciones Pirámide.
- Étienne, M., Jacquet, S., & Scialom, P. (2015). Pathologie psychomotrice associée aux troubles anxieux chez l'enfant. Em *Manual d'enseignement de psychomotricité Tome 3- Clinique et thérapeutiques* (pp. 169–181). De Boeck Solal.
- European Forum of Psychomotricity. (s/d). France. Retirado Março 10, 2020, de <https://psychomot.org/members/>
- European Forum of Psychomotricity. (2012). *Psychomotrician Professional Competences in Europe*. Retirado de www.psychomot.org
- European Forum of Psychomotricity. (2020). History. Retirado Fevereiro 10, 2020, de <https://psychomot.org/efp/history/>
- Falcão, H., & Barreto, M. (2009). Breve Histórico Da Psicomotricidade. *Ensino, Saúde e Ambiente*, 2(2), 84–96.
- Federación de Asociaciones de Psicomotricistas del Estado Español. (s/d). Hitos. Retirado Maio 28, 2020, de http://psicomotricistas.es/?page_id=178
- Fédération Français Des Psychomotriciens. (2018a). Exercice de la profession. Retirado Maio 21, 2020, de <https://fedepsychomot.com/exercice-de-la-profession/>
- Fédération Français Des Psychomotriciens. (2018b). Inscription au Répertoire ADELI. Retirado Maio 21, 2020, de <https://fedepsychomot.com/inscription-au-repertoire-adeli/>
- Fédération Français Des Psychomotriciens. (2018c). Les Instituts de Formations en Psychomotricité. Retirado Maio 21, 2020, de <https://fedepsychomot.com/les-instituts-de->

formations-en-psychomotricite/

- Feuillerat, B. (2015a). Pratiques logicomathématiques et psychomotricité. Em *Manual d'enseignement de psychomotricité Tome 2 - Méthodes et techniques* (pp. 481–484). De Boeck Solal.
- Feuillerat, B. (2015b). Thérapie multisensorielle et approche snoezelen. Em *Manual d'enseignement de psychomotricité Tome 2 - Méthodes et techniques* (pp. 311–316). De Boeck Solal.
- Filho, D., & Júnior, J. (2009). Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). *Revista Política Hoje*, 18(1), 115–146.
- Fillion, S., Martin, B., & Molard, A. (2015). Thérapie psychomotrice avec le cheval. Em *Manual d'enseignement de psychomotricité Tome 2 - Méthodes et techniques* (pp. 520–525). De Boeck Solal.
- Fonseca, V. da. (2001). *Psicomotricidade: perspectivas multidisciplinares* (1^a). Âncora Editora.
- Fonseca, V. da. (2006). *Terapia Psicomotora estudo de casos* (5^a edição). Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de observação psicomotora* (3^a). Âncora Editora.
- Forest, G., & Bednarek, S. (2015). Les soins palliatifs: accompagnement en fin de vie. Em *Manual d'enseignement de psychomotricité Tome 3- Clinique et thérapeutiques* (pp. 405–424). De Boeck Solal.
- Gaillard, S. C. (2015). Le mime. Em *Manual d'enseignement de psychomotricité Tome 2 - Méthodes et techniques* (pp. 437–440). De Boeck Solal.
- Gay-Brown, C. (2019). La déficience visuelle, se consruire sans voir. Em *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 211–222).
- Giromini, F., & Lesage, B. (2015). Méthodes à médiation artistique - Introduction. Em *Manual d'enseignement de psychomotricité Tome 2 - Méthodes et techniques* (p. 419). De Boeck Solal.
- Gobertiere, H. (2015). Expression picturale. Em *Manual d'enseignement de psychomotricité Tome 2 - Méthodes et techniques* (pp. 449–451). De Boeck Solal.
- Guiose, M. (2015). Méthodes de relaxation et de gestion du stress. Em *Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 2 - Méthodes et techniques* (pp. 239–248). De Boeck Solal.

- Hemelsdael, M., Moreau, A., & Vennat, T. (2015). Danse. Em *Manual d'enseignement de psychomotricité Tome 2 - Méthodes et techniques* (pp. 430–434). De Boeck Solal.
- Hill, M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2nd ed.). Edições Sílabo.
- Jacquet, S., Jutard, C., Menn-Tripi, C. Le, & Perrin, J. (2015). Thérapies psychomotrices et troubles du spectre autistique. Em *Manual d'enseignement de psychomotricité Tome 3- Clinique et thérapeutiques* (pp. 19–43). De Boeck Solal.
- Jobim, A. P., & Assis, A. E. S. (2008). Psicomotricidade: Histórico e conceitos. Em *IX Salão de iniciação científica e trabalhos acadêmicos*.
- Joly, F. (2016). Entre neurosciences, psychopathologie du développement et psychanalyse: le carrefour psychomoteur. Em *La psychomotricité entre psychanalyse et neurosciences: Histoire, actualités et perspectives: pour une pensée en mouvement* (pp. 39–77). In Press Éditions.
- Lamouline, A., Lescarbotte, S., Potel-Baranes, C., Teillet, A., & Thirant, N. (2019). Activité bébés-parents et psychomotriciens dans l'eau! Em *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 81–95). Dunod.
- Lauzon, F. (2006). L'éducation Psychomotrice - Source d'autonomie et de dynamisme. Em *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53). Presses de l'Université du Québec.
- Lecervoisier, S. (2015). L'enfant sourd en psychomotricité: éducation précoce et prise en charge des troubles associés. Em *Manual d'enseignement de psychomotricité Tome 3- Clinique et thérapeutiques* (pp. 107–121). De Boeck Solal.
- Lefèvre, C. (2019). Éléments de géronto-psychomotricité: la maladie d'Alzheimer et la psychomotricité. Em *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 371–374). Dunod.
- Liotard, D. (2008). Réflexions actuelles sur la spécificité du soin psychomoteur. Em C. Potel (Ed.), *Psychomotricité: Entre théorie et pratique* (2^a, pp. 51–63). Editions in press.
- Marquet-Doléac, J. (2015). Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). Em *Manual d'enseignement de psychomotricité Tome 3- Clinique et thérapeutiques* (pp. 89–96). De Boeck Solal.

- Martin, Ê. (2015). Prise en charge des symptômes psycho-comportementaux de la démence. Em *Manual d'enseignement de psychomotricité Tome 3- Clinique et thérapeutiques* (pp. 341–355). De Boeck Solal.
- Martins, R. (2010a). A especificidade da Psicomotricidade: No caminha da identidade psicocorporal. *A Psicomotricidade*, (13), 114–128.
- Martins, R. (2010b). Discurso de abertura. *A Psicomotricidade*, (13), 12–13.
- Matias, A. R., & Morais, A. (2011). La psychomotricité au Portugal. *Entretiens de Psychomotricité*.
- Meurin, B. (2019). Les troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) et l'approche du psychomotricien. Em *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 165–178). Dunod.
- Mila, J. (2008). *De profesión psicomotricista* (1ª edição). Miño y Dávilla.
- Monval, A. de. (2019). La thérapie psychomotrice comme soutien de construction identitaire chez l'enfant carencé. Em *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 123–130). Dunod.
- Paumel, C. (2019). La traversée adolescente: problématiques psychocorporelles et interventions psychomotrices. Em *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 225–266). Dunod.
- Perrier-Genas, M. (2015). La stimulation psychomotrice du nourrisson. Em *Manual d'enseignement de psychomotricité Tome 3- Clinique et thérapeutiques* (pp. 5–18). De Boeck Solal.
- Pijulet, A. (2015). Expression musicale et rythmique. Em *Manual d'enseignement de psychomotricité Tome 2 - Méthodes et techniques* (pp. 419–424). De Boeck Solal.
- Potel, C. (2008). Introduction. Em C. Potel (Ed.), *Psychomotricité: Entre théorie et pratique* (2ª, pp. 17–20). Editions in press.
- Potel, C. (2015). L'eau, une médiation thérapeutique transitionnelle. Em *Manual d'enseignement de psychomotricité Tome 2 - Méthodes et techniques* (pp. 318–327). De Boeck Solal.
- Probst, M. (2016). WAT. Retirado Maio 27, 2020, de <https://www.vvpmt.be/wat/>

- Psychomotricité Suisse. (s/d). La prévention rend fort. Retirado Maio 28, 2020, de <https://www.psychomotricite-suisse.ch/psychomotricite/enfants-et-adolescents/psychomotricite-et-prevention>
- Raynal, N. (2018). Les composantes du bilan psychomoteur. Em *Manual d'enseignement de psychomotricité Tome 5 - Examen psychomoteur et tests* (pp. 1–5). De Boeck Supérieur.
- Ribeiro, J. (2003). *Métodos e Técnicas de Investigação em Antropologia*. Universidade Aberta.
- Rigal, R. (2010). *L'éducation motrice et l'éducation psychomotrice au préscolaire et au primaire*. Presses de l'Université du Québec.
- Robinson, B. (2014). *Corps & Psychomotricité*. L'Harmattan.
- Rodríguez, J. S., & Llinares, M. L. (2008). El rol del psicomotrista. *Revista Interuniversitaria de Formación Del Profesorado*, 22(2), 35–60.
- Rodriguez, M. (2019). Médiations thérapeutiques et techniques spécifiques en psychomotricité. Em *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 27–38). Dunod.
- Rousseau-Salvador, C., & Louvel, J.-P. (2019). L'accompagnement du patient douloureux. Em *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 391–400). Dunod.
- Roux, J. (2019). L'aide aux aidants. Em *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 383–386). Dunod.
- Roux, J., & Brandily, A. (2019). Indications de la psychomotricité au domicile. Em *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 349–358). Dunod.
- Saint-Cast, A. (2015). Pathologie psychomotrice associée aux troubles anxieux chez l'adulte A. L'accompagnement thérapeutique de patients adultes en relaxation psychosomatique, méthode G.B. Soubiran: illustrations cliniques. Em *Manual d'enseignement de psychomotricité Tome 3- Clinique et thérapeutiques* (pp. 265–274). De Boeck Solal.
- Saint-Cast, A. (2018). Introduction aux démarches diagnostiques en psychomotricité. Em *Manual d'enseignement de psychomotricité Tome 5 - Examen psychomoteur et tests* (pp. 25–32). De Boeck Supérieur.
- Scialom, P. (2015). Réflexion sur le jeu spontané en psychomotricité. Em *Manual d'enseignement de psychomotricité Tome 2 - Méthodes et techniques* (pp. 363–369). De Boeck Solal.

- Trindade, R. (2020). *Fiabilidade teste-reteste, erro padrão de medida e diferença mínima detetável da plataforma BITalino R-IoT na avaliação das amplitudes de movimento ativas da coluna cervical em indivíduos assintomáticos*. Retirado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/30864/1/tese_raqueltrindade.pdf
- Union Professionnelle Belge des Psychomotriciens Francophones. (s/d). Profil Professionnel. Retirado Maio 25, 2020, de <http://www.upbpf.be/le-psychomotricien/profil-professionnel/>
- Vachez-Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A. (2019). La formation initiale des psychomotriciens. Em *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 495–518). Dunod.
- Valente, P., Santos, S., & Morato, P. (2012). A intervenção psicomotora como (um sistema de) apoio na população com dificuldade intelectual e desenvolvimental. *A Psicomotricidade*, (15), 10–23.
- Valentin-Lefranc, A. (2019). L'école, l'enfant et le psychomotricien. Em *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 109–122). Dunod.
- Villain, J., & Gazon, V. (2015). Le jeu dramatique. Em *Manual d'enseignement de psychomotricité Tome 2 - Méthodes et techniques* (pp. 441–445). De Boeck Solal.
- Vincent, F. (2019). Le bilan psychomoteur sous toutes ses formes. Em *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 39–47). Dunod.
- Yernaux, J.-P. (s/d). Historique. Retirado Maio 25, 2020, de <http://www.upbpf.be/le-psychomotricien/historique/>
- Zammouri, I. (2019). Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H) et dyspraxie: importance du parcours de soins. Em *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 139–156). Dunod.

ANEXOS

ANEXO I – Questionário de validação

Declaração do consentimento informado

No âmbito do Mestrado em Psicomotricidade pela Universidade de Évora, estou a desenvolver um estudo sobre o conhecimento e a perceção que diversos profissionais de saúde têm sobre a Psicomotricidade. Este é um questionário piloto que tem como objetivo realizar a validação do mesmo. Peço assim que preencha o questionário o mais honestamente possível e cerca de uma semana depois será novamente contactado para o voltar a preencher. A participação neste estudo tem um carácter voluntário, podendo recusar-se ou interromper a sua participação em qualquer momento.

Este questionário tem como população alvo profissionais da área da saúde atualmente no ativo e diretores técnicos de instituições.

Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, sendo apenas utilizados para fins académicos

e/ou científicos.

Se pretender algum esclarecimento acerca deste estudo, por favor contacte a investigadora principal,

Cláudia Rodrigues pelo e-mail claudia.rodrigues1997@hotmail.com.

Parte I – Caracterização Sociodemográfica

Idade _____

Género

Masculino	<input type="checkbox"/>
Feminino	<input type="checkbox"/>

Profissão _____

Área de especialização/formação _____

Habilitações literárias

Bacharelato	
Licenciatura	
Mestrado	
Doutoramento	

Formação_____

Tempo de serviço (anos e meses) _____

Distrito_____

Parte II – Prática profissional

Trabalha atualmente numa equipa multidisciplinar?

Sim	
Não	

Se sim há quanto tempo? _____(anos e meses)

A equipa onde trabalha tem um psicomotricista?

Sim	
Não	

Se sim há quanto tempo? _____(anos e meses)

Trabalha atualmente com um psicomotricista (por ex acompanham um caso)?

Sim	
Não	

Se sim há quanto tempo? _____(anos e meses)

Já alguma vez trabalhou com um psicomotricista?

Sim	
Não	

Se sim há quanto tempo? _____ (anos e meses)

Já ouviu falar acerca da psicomotricidade?

Sim	
Não	

Se sim quem lhe falou da psicomotricidade? _____

Parte III – Conhecimento sobre a psicomotricidade

Os psicomotricistas podem atuar com diversas populações. Avalie numa escala de 1 a 5 (1 nada importante e 5 muito importante) a sua opinião acerca da importância da intervenção psicomotora nas seguintes populações:					
	1 nada importante	2 – pouco importante	3- indiferente	4- importante	5 – muito importante
Creches					
Crianças					
Psicomotricidade na escola primária					
Crianças/adolescentes com necessidades de educativas especiais					
Saúde mental em crianças/adolescentes					
Adolescentes					
Grávidas					
Saúde mental em adultos					
Indivíduos com doenças degenerativas					
Indivíduos com deficiência motora					
Indivíduos com deficiência mental					
Idosos					

O psicomotricista pode exercer a sua profissão em diversos locais tanto no setor público como no privado. Avalie numa escala de 1 a 5 (sendo 1 nada importante e 5 muito importante) os locais onde considera importante ou não a intervenção psicomotora.					
	1 nada importante	2 – pouco importante	3- indiferente	4- importante	5 – muito importante
Creches					
Jardim de infância					
Escola de 1º ciclo ensino básico					
Escola de 2º ciclo ensino básico					
Escola de 3º ciclo ensino básico					
Escola de ensino secundário					
Educação especial					
Domicílios					
Clínicas privadas					
Hospitais gerais					
Hospitais psiquiátricos					
Centros de cuidados paliativos					
Instituições para pessoas com deficiência					
Instituições de reinserção social					
Associações desportivas					
Projetos municipais					
Centros de atividades					
Instituições para pessoas idosas					
Centros de dia					

O psicomotricista pode atuar em diversos contextos. Qual a sua opinião acerca da intervenção do psicomotricista nos seguintes contextos? Avalie numa escala de 1 a 5, sendo 1 discordo totalmente e 5 concordo totalmente.					
	1 discordo totalmente	2 – discordo	3- nem discordo nem concordo	4- concordo	5 – concordo plenamente
Sala de aula					
Ginásio					
Meio aquático					
Picadeiro (meio equestre)					
Sala de Snoezelen					
Espaço exterior					

O psicomotricista utiliza diversas metodologias na sua prática profissional. Avalie numa escala de 1 a 5 (sendo o 1 nada importante e o 5 muito importante) a sua opinião relativamente à importância das seguintes metodologias.					
	1 nada importante	2 – pouco importante	3- indiferente	4- importante	5 – muito importante
Técnicas de relaxação					
Técnicas de mediação corporal					
Técnicas gnósico-prática					
Técnicas neuromotoras/movimento					
Técnicas de toque terapêutico					
Técnicas de reeducação postural					
Técnicas expressivas					
Atividades lúdicas					
Atividades de recreação terapêutica					
Atividade motora adaptada					
Técnicas sensoriais					
Atividades grafomotoras					
Massagem psicomotora					

As competências do psicomotricista estão definidas a nível europeu, no entanto gostaríamos de saber a sua opinião face a estas competências? Avalie numa escala de 1 a 5, sendo o 1 discordo totalmente e o 5 concordo totalmente.					
	1 discordo totalmente	2 – discordo	3- nem discordo nem concordo	4- concordo	5 – concordo plenamente
O psicomotricista é um especialista numa intervenção orientada para o movimento e para o corpo de modo a melhorar as funções psicossociais e a saúde mental					
O psicomotricista realiza uma avaliação psicomotora utilizando instrumentos quantitativos e qualitativos					
O psicomotricista faz diagnósticos psicomotores onde refere as capacidades e dificuldades psicomotoras e a qualidade do desenvolvimento					
O psicomotricista considera o ambiente e os aspetos da relação que interferem com o desenvolvimento psicomotor do indivíduo					
O psicomotricista formula um plano de intervenção, podendo ajusta-lo sempre que necessário					
O psicomotricista consegue organizar a sua intervenção num contexto multidisciplinar					
O psicomotricista é capaz de trabalhar em sessões individuais, de grupo ou mesmo em co-intervenção					
O psicomotricista discute o follow-up com o indivíduo e com a sua família					
O psicomotricista age de acordo com os seus objetivos e com os objetivos da instituição/organização					
O psicomotricista tem a capacidade de se comprometer numa relação com o outro					
O psicomotricista associa sempre a atividade representativa e simbólica					

As indicações terapêuticas para a psicomotricidade estão definidas a nível europeu, no entanto gostaríamos de saber a sua opinião sobre qual a probabilidade de referenciar a psicomotricidade nas seguintes situações? Avalie numa escala de 1 a 5, sendo o 1 impossível e o 5 certo.					
	1 impossível	2 – pouco provável	3- provável	4- muito provável	5 – certo
Preventivo: para reforçar o bem-estar					
Problemas psicomotores relacionados com problemas de neuro desenvolvimento					
Problemas psicomotores relacionados com problemas de estruturação (ex. esquema corporal, lateralidade, organização espaço-temporal)					
Desarmonias psicomotoras					
Problemas tónico-emocionais					
Distúrbios ou problemas em experiências corporais, sentimentos ou sensações do corpo (incluindo sensações interocetivas, intimidade e sexualidade)					
Imagem corporal e problemas de postura					
Problemas psicossomáticos					
Problemas comportamentais e emocionais (inibição, instabilidade, hiperatividade, comportamento agressivo)					
Dificuldades intelectuais, sensoriais, motoras ou psicológicas					
Risco de incapacidade (casos sociais)					
Perturbações psiquiátricas					
Dificuldades de aprendizagem dos processos simbólicos (leitura, escrita, aritmética)					
Dificuldades nas funções executivas (capacidade de planeamento, monitorização da própria ação, capacidade de síntese e análise)					
Problemas motores propriamente ditos (dificuldade na regulação tónica, no equilíbrio, na estruturação espaço-temporal, na noção de corpo, na lateralidade, na motricidade global e fina, e na óculo-motricidade)					

**ANEXO II – Questionário “Conhecimento da
Psicomotricidade”**

Declaração do consentimento informado

No âmbito do Mestrado em Psicomotricidade pela Universidade de Évora, estou a desenvolver um estudo sobre o conhecimento e a perceção que diversos profissionais de saúde têm sobre a Psicomotricidade. Peço assim que preencha o questionário o mais honestamente possível.

A participação neste estudo tem um carácter voluntário, podendo recusar-se ou interromper a sua participação em qualquer momento.

Este questionário tem como população alvo profissionais da área da saúde atualmente no ativo e diretores técnicos de instituições.

Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, sendo apenas utilizados para fins académicos e/ou científicos.

Se pretender algum esclarecimento acerca deste estudo, por favor contacte a investigadora principal, Cláudia Rodrigues pelo e-mail claudia.rodrigues1997@hotmail.com.

Ao seguir o questionário está a concordar com o consentimento informado

Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, sendo apenas utilizados para fins académicos e/ou científicos.

Se pretender algum esclarecimento acerca deste estudo, por favor contacte a investigadora principal, Cláudia Rodrigues pelo e-mail claudia.rodrigues1997@hotmail.com.

Parte I – Caraterização Sociodemográfica

Idade _____

Género

Masculino	<input type="checkbox"/>
Feminino	<input type="checkbox"/>

Profissão _____

Área de especialização _____

Habilitações literárias

Bacharelato	
Licenciatura	
Mestrado	
Doutoramento	

Formação _____

Tempo de serviço

Menos de 1 ano	
Entre 1 a 5 anos	
Entre 5 a 10 anos	
Entre 10 a 15 anos	
Entre 15 a 20 anos	
Mais de 20 anos	

Distrito:

Aveiro	
Beja	
Braga	
Bragança	
Castelo Branco	
Coimbra	
Évora	
Faro	
Guarda	
Leiria	
Lisboa	
Portalegre	
Porto_____	
Santarém	
Setúbal	
Viana do Castelo	
Vila Real	
Viseu	
Açores	
Madeira	
Setúbal	
Viana do Castelo	
Vila Real	

Parte II – Prática profissional

Atualmente, trabalha numa equipa multidisciplinar?

Sim	
Não	

Se sim há quanto tempo?

Menos de 1 ano	
Entre 1 a 5 anos	
Mais de 5 anos	

Trabalha atualmente, ou já trabalhou, com um psicomotricista?

Sim	
Não	

Já ouviu falar em psicomotricidade?

Sim	
Não	

Se sim quem lhe falou da psicomotricidade?

Amigos	
Família	
Colegas	
Professores/Escola	
Emprego	
Artigos/livros	
Outro (Qual?)	

Parte III – Conhecimento sobre a psicomotricidade

Os psicomotricistas podem atuar com diversas populações. Avalie numa escala de 1 a 5 (1 nada importante e 5 muito importante) a sua opinião acerca da importância da intervenção psicomotora nas seguintes populações:					
	1 nada importante	2 – pouco importante	3- indiferente	4- importante	5 – muito importante
Creches					
Crianças					
Psicomotricidade na escola primária					
Crianças/adolescentes com necessidades de educativas especiais					
Saúde mental em crianças/adolescentes					
Adolescentes					
Grávidas					
Saúde mental em adultos					
Indivíduos com doenças degenerativas					
Indivíduos com deficiência motora					
Indivíduos com deficiência mental					
Idosos					

O psicomotricista pode exercer a sua profissão em diversos locais tanto no setor público como no privado. Avalie numa escala de 1 a 5 (sendo 1 nada importante e 5 muito importante) os locais onde considera importante ou não a intervenção psicomotora.					
	1 nada importante	2 – pouco importante	3- indiferente	4- importante	5 – muito importante
Creches					
Jardim de infância					
Escola de 1º ciclo ensino básico					
Escola de 2º ciclo ensino básico					
Escola de 3º ciclo ensino básico					
Escola de ensino secundário					
Educação especial					
Apoio ao domicílio					
Clínicas privadas					
Hospitais gerais					
Hospitais psiquiátricos					
Centros de cuidados paliativos					
Instituições para pessoas com deficiência					
Instituições de reinserção social					
Associações desportivas					
Projetos municipais					
Centros de atividades					
Instituições para pessoas idosas					
Centros de dia					

O psicomotricista pode atuar em diversos contextos. Qual a sua opinião acerca da intervenção do psicomotricista nos seguintes contextos? Avalie numa escala de 1 a 5, sendo 1 discordo totalmente e 5 concordo totalmente.					
	1 discordo totalmente	2 – discordo	3- nem discordo nem concordo	4- concordo	5 – concordo plenamente
Sala de aula					
Ginásio					
Meio aquático					
Picadeiro (meio equestre)					
Sala de Snoezelen					
Espaço exterior					

O psicomotricista utiliza diversas metodologias na sua prática profissional. Avalie numa escala de 1 a 5 (sendo o 1 nada importante e o 5 muito importante) a sua opinião relativamente à importância das seguintes metodologias.					
	1 nada importante	2 – pouco importante	3- indiferente	4- importante	5 – muito importante
Técnicas de relaxação					
Técnicas de mediação corporal					
Técnicas gnóstico-prática					
Técnicas neuromotoras/movimento					
Técnicas de toque terapêutico					
Técnicas de reeducação postural					
Técnicas expressivas					
Atividades lúdicas					
Atividades de recreação terapêutica					
Atividade motora adaptada					
Técnicas sensoriais					
Atividades grafomotoras					
Massagem psicomotora					

As competências do psicomotricista estão definidas a nível europeu, no entanto gostaríamos de saber a sua opinião face a estas competências? Avalie numa escala de 1 a 5, sendo o 1 discordo totalmente e o 5 concordo totalmente.					
	1 discordo totalmente	2 – discordo	3- nem discordo nem concordo	4- concordo	5 – concordo plenamente
O psicomotricista é um especialista numa intervenção orientada para o movimento e para o corpo de modo a melhorar as funções psicossociais e a saúde mental					
O psicomotricista realiza uma avaliação psicomotora utilizando instrumentos quantitativos e qualitativos					
O psicomotricista faz diagnósticos psicomotores onde refere as capacidades e dificuldades psicomotoras e a qualidade do desenvolvimento					
O psicomotricista considera o ambiente e os aspetos da relação que interferem com o desenvolvimento psicomotor do indivíduo					
O psicomotricista formula um plano de intervenção, podendo ajusta-lo sempre que necessário					
O psicomotricista consegue organizar a sua intervenção num contexto multidisciplinar					
O psicomotricista é capaz de trabalhar em sessões individuais, de grupo ou mesmo em co-intervenção					
O psicomotricista discute o follow-up com o indivíduo e com a sua família					
O psicomotricista age de acordo com os seus objetivos e com os objetivos da instituição/organização					
O psicomotricista tem a capacidade de se comprometer numa relação com o outro					
O psicomotricista associa sempre a atividade representativa e simbólica					

As indicações terapêuticas para a psicomotricidade estão definidas a nível europeu, no entanto gostaríamos de saber a sua opinião sobre qual a probabilidade de referenciar a psicomotricidade nas seguintes situações? Avalie numa escala de 1 a 5, sendo o 1 impossível e o 5 certo.					
	1 impossível	2 – pouco provável	3- provável	4- muito provável	5 – certo
Preventivo: para reforçar o bem-estar					
Problemas psicomotores relacionados com problemas de neuro desenvolvimento					
Problemas psicomotores relacionados com problemas de estruturação (ex. esquema corporal, lateralidade, organização espaço-temporal)					
Desarmonias psicomotoras					
Problemas tónico-emocionais					
Distúrbios ou problemas em experiências corporais, sentimentos ou sensações do corpo (incluindo sensações interocetivas, intimidade e sexualidade)					
Imagem corporal e problemas de postura					
Problemas psicossomáticos					
Problemas comportamentais e emocionais (inibição psicomotora, instabilidade psicomotora, hiperatividade, comportamento agressivo)					
Dificuldades intelectuais, sensoriais, motoras ou psicológicas					
Risco de incapacidade (casos sociais)					
Perturbações psiquiátricas					
Dificuldades de aprendizagem dos processos simbólicos (leitura, escrita, aritmética)					
Dificuldades nas funções executivas (capacidade de planeamento, monitorização da própria ação, capacidade de síntese e análise)					
Problemas motores propriamente ditos (dificuldade na regulação tónica, no equilíbrio, na estruturação espaço-temporal, na noção de corpo, na lateralidade, na motricidade global e fina, e na óculo-motricidade)					

ANEXO III – Guia da entrevista

Parte I – Caracterização Sociodemográfica

Idade

Género

Profissão Área de especialização

Habilitações literárias

Tempo de serviço. ____anos ____meses

Zona geográfica/ distrito/concelho

Parte II – Entrevista

1. Qual o seu percurso educacional e profissional?
2. Em que área da saúde está atualmente a trabalhar e com que população?
3. Na sua profissão mantem ou manteve contacto com indivíduos com perturbações do desenvolvimento, físicas ou mentais?
 - 3.1. Se sim, que tipo de acompanhamento preconiza (aconselha, recomenda)?
 - 3.2. Esse acompanhamento coincide com o existente na realidade?
4. Antes desta entrevista, já tinha ouvido falar de psicomotricidade?
5. Já trabalhou numa equipa multidisciplinar com um psicomotricista?
6. Gostaria de saber qual a sua perspetiva sobre o aquilo em que consiste a prática psicomotora.
7. Acha que a psicomotricidade pode trazer benefícios aos indivíduos. Se sim quais?
8. Quais os contextos em que, na sua opinião, o psicomotricista pode atuar?
9. Acha que seria pertinente implementar a psicomotricidade nos diversos locais (escolas, lares, instituições)?
10. Considera que a psicomotricidade é suficientemente conhecida em Portugal?
11. Considera que a psicomotricidade é por vezes confundida com outras terapias?
 - 11.1. Já confundiu a psicomotricidade com outra terapia?
 - 11.2. Já comparou a psicomotricidade com outra terapia?
12. Alguma vez referenciou algum caso seu para o psicomotricista?
 - 12.1. Se sim, foi por sua iniciativa ou teve recomendação de outro profissional?

ANEXO IV – Consentimento informado da entrevista

Consentimento informado para Entrevista

Eu, _____ aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Cláudia Rodrigues, aluna no mestrado em Psicomotricidade pela Universidade de Évora, orientada pela Professora Doutora Gabriela Almeida (Departamento de Desporto e Saúde) e pela Professora Doutora Graça Santos (Departamento de Psicologia), no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicomotricidade. Entendi e aceito responder a uma entrevista que explora questões sobre a minha perceção e opinião acerca da prática psicomotora. A entrevista é gravada para posteriormente analisar o seu conteúdo. Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim. Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação na área da psicomotricidade, não sendo, Cláudia Rodrigues| 42168 _____ benefício direto ou indireto pela minha colaboração. Entendo, ainda, que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo.

Nome _____

Assinatura _____

Data ____/____/____

Assinatura do Investigador principal _____

ANEXO V – Tabelas de validação do questionário

Importância da intervenção psicomotora em:	Mínimo	Máximo	Média + Desvio Padrão	Correlação Pearson	Alfa de Cronbach
<i>Bebés PRE</i>	3	5	4.4±0,6	0.841**	0.913
<i>Bebés POST</i>	3	5	4.4±0,6		
<i>Crianças PRE</i>	4	5	4.6±0,5	0.766**	0.868
<i>Crianças POST</i>	4	5	4.6±0,5		
<i>Crianças/adolescentes com necessidades educativas especiais PRE</i>	4	5	4.7±0,5	0.816**	0.889
<i>Crianças/adolescentes com necessidades educativas especiais POST</i>	3	5	4.7±0,6		
<i>Saúde mental em crianças/adolescentes PRE</i>	4	5	4.6±0,5	0.663**	0.797
<i>Saúde mental em crianças/adolescentes POST</i>	4	5	4.6±0,5		
<i>Adolescentes PRE</i>	3	5	4.3±0,6	0.667**	0.787
<i>Adolescentes POST</i>	2	5	4.1±0,7		
<i>Grávidas PRE</i>	1	5	3.9±1	0.639**	0.770
<i>Grávidas POST</i>	2	5	3.8±0,9		
<i>Saúde mental PRE</i>	4	5	4.7±0,5	0.576*	0.712
<i>Saúde mental POST</i>	3	5	4.6±0,6		
<i>Indivíduos com doenças degenerativas PRE</i>	3	5	4.6±0,6	0.534*	0.691
<i>Indivíduos com doenças degenerativas POST</i>	3	5	4.6±0,7		
<i>Indivíduos com deficiência motora PRE</i>	4	5	4.7±0,5	0.500*	0.667
<i>Indivíduos com deficiência motora POST</i>	4	5	4.7±0,5		
<i>Indivíduos com deficiência mental PRE</i>	4	5	4.7±0,5	0.446	0.617
<i>Indivíduos com deficiência mental POTS</i>	4	5	4.7±0,5		
<i>Idosos PRE</i>	4	5	4.7±0,5	0.791**	0.882
<i>Idosos POST</i>	4	5	4.6±0,5		

O psicomotricista pode atuar em:	Mínimo	Máximo	Média + Desvio Padrão	Correlação Pearson	Alfa de Cronbach
<i>Creches PRE</i>	3	5	4.4±0,7	0.776**	0.874
<i>Creches POST</i>	3	5	4.6±0,7		
<i>Jardins de infância PRE</i>	3	5	4.6±0,6	0.697**	0.821
<i>Jardins de infância POST</i>	3	5	4.7±0,6		
<i>Escolas de 1º ciclo PRE</i>	3	5	4.3±0,7	0.600**	0.738
<i>Escolas de 1º ciclo POST</i>	2	5	4.5±0,9		
<i>Escolas de 2º ciclo PRE</i>	3	5	4.2±0,7	0.704**	0.821
<i>Escolas de 2º ciclo POST</i>	2	5	4.4±0,9		
<i>Escolas de 3º ciclo PRE</i>	3	5	4.1±0,8	0.725**	0.840
<i>Escolas de 3º ciclo POST</i>	2	5	4.2±0,8		
<i>Escolas de ensino secundário PRE</i>	2	5	3.9±0,9	0.615**	0.758
<i>Escolas de ensino secundário POST</i>	2	5	4±0,8		
<i>Escolas de ensino especial PRE</i>	4	5	4.8±0,4	0.661**	0.778
<i>Escolas de ensino especial POST</i>	4	5	4.9±0,3		
<i>Domicílios PRE</i>	2	5	4.3±0,8	0.297	0.453
<i>Domicílios POST</i>	3	5	4.5±0,7		
<i>Clínicas privadas PRE</i>	3	5	4.2±0,7	0.825**	0.895
<i>Clínicas privadas POST</i>	3	5	4.2±0,9		
<i>Hospitais gerais PRE</i>	3	5	4.4±0,6	0.690**	0.816
<i>Hospitais gerais POST</i>	3	5	4.4±0,6		
<i>Hospitais psiquiátricos PRE</i>	3	5	4.5±0,6	0.471*	0.636
<i>Hospitais psiquiátricos POST</i>	3	5	4.5±0,7		
<i>Centros de cuidados paliativos PRE</i>	2	5	4.4±0,9	0.728**	0.818
<i>Centros de cuidados paliativos POST</i>	3	5	4.5±0,6		
<i>Instituições para pessoas com deficiência PRE</i>	4	5	4.8±0,4	0.661**	0.778
<i>Instituições para pessoas com deficiência POST</i>	4	5	4.9±0,3		
<i>Instituições de inserção social PRE</i>	3	5	4.4±0,7	0.805**	0.875
<i>Instituições de inserção social POST</i>	2	5	4.3±0,9		
<i>Associações desportivas PRE</i>	2	5	3.6±0,9	0.674**	0.804
<i>Associações desportivas POST</i>	2	5	3.6±1		
<i>Projetos municipais PRE</i>	3	5	3.9±0,7	0.713**	0.830
<i>Projetos municipais POST</i>	3	5	4.1±0,8		
<i>Centros de atividades PRE</i>	2	5	4.2±0,9	0.457	0.621
<i>Centros de atividades POST</i>	3	5	4.2±0,7		
<i>Instituições para pessoas idosas PRE</i>	4	5	4.6±0,5	0.447	0.797
<i>Instituições para pessoas idosas POST</i>	4	5	4.6±0,5		
<i>Centros de dia PRE</i>	4	5	4.5±0,5	0.570*	0.875
<i>Centros de dia POST</i>	4	5	4.5±0,5		

O psicomotricista pode atuar em contexto de:	Mínimo	Máximo	Média + Desvio Padrão	Correlação Pearson	Alfa de Cronbach
<i>Sala de aula PRE</i>	2	5	3.8±1	0.495*	0.652
<i>Sala de aula POST</i>	3	5	3.9±0,8		
<i>Ginásio PRE</i>	3	5	4.3±0,8	0.656**	0.792
<i>Ginásio POST</i>	3	5	4.3±0,8		
<i>Meio aquático PRE</i>	3	5	4.5±0,8	0.668**	0.801
<i>Meio aquático POST</i>	3	5	4.4±0,8		
<i>Picadeiro (meio equestre) PRE</i>	3	5	4.4±0,7	0.869**	0.926
<i>Picadeiro (meio equestre) POST</i>	3	5	4.3±0,8		
<i>Sala de snoezelen PRE</i>	3	5	4.4±0,7	0.847**	0.915
<i>Sala de snoezelen POST</i>	3	5	4.4±0,7		
<i>Espaço exterior PRE</i>	3	5	4.6±0,6	0.534*	0.697
<i>Espaço exterior POST</i>	3	5	4.6±0,6		

O psicomotricista utiliza técnicas de:	Mínimo	Máximo	Média + Desvio Padrão	Correlação Pearson	Alfa de Cronbach
<i>Relaxação PRE</i>	1	5	4.4±1	0.915**	0.954
<i>Relaxação POST</i>	1	5	4.2±1		
<i>Mediação corporal PRE</i>	3	5	4.4±0,7	0.892**	0.943
<i>Mediação corporal POST</i>	3	5	4.3±0,7		
<i>Gnóstico práxicas PRE</i>	3	5	4.6±0,6	0.534*	0.697
<i>Gnóstico práxicas POST</i>	3	5	4.6±0,6		
<i>Neuromotoras/movimento PRE</i>	1	5	4.5±1	0.911*	0.953
<i>Neuromotoras/movimento POST</i>	1	5	4.6±1		
<i>Toque terapêutico PRE</i>	3	5	4.4±0,6	0.664**	0.790
<i>Toque terapêutico POST</i>	4	5	4.6±0,5		
<i>Reeducação postural PRE</i>	3	5	4.4±0,8	0.954**	0.976
<i>Reeducação postural POST</i>	3	5	4.3±0,8		
<i>Técnicas expressivas PRE</i>	3	5	4.5±0,6	0.773**	0.872
<i>Técnicas expressivas POST</i>	3	5	4.4±0,6		
<i>Atividades lúdicas PRE</i>	4	5	4.6±0,5	0.644**	0.775
<i>Atividades lúdicas POST</i>	3	5	4.6±0,6		
<i>Atividades de recreação terapêutica PRE</i>	3	5	4.6±0,6	0.633**	0.766
<i>Atividades de recreação terapêutica POST</i>	4	5	4.6±0,5		
<i>Atividade motora adaptada PRE</i>	3	5	4.7±0,6	0.749**	0.850
<i>Atividade motora adaptada POST</i>	3	5	4.6±0,7		
<i>Técnicas sensoriais PRE</i>	1	5	4.5±1	0.939**	0.969
<i>Técnicas sensoriais POST</i>	1	5	4.5±1		
<i>Atividades grafomotoras PRE</i>	4	5	4.6±0,5	0.651**	0.764
<i>Atividades grafomotoras POST</i>	3	5	4.5±0,7		
<i>Massagem psicomotoras PRE</i>	3	5	4.5±0,7	0.802**	0.888
<i>Massagem psicomotora POST</i>	3	5	4.4±0,8		

O psicomotricista tem como competências:	Mínimo	Máximo	Média + Desvio Padrão	Correlação Pearson	Alfa de Cronbach
<i>Intervenção orientada para o movimento e para o corpo PRE</i>	3	5	4.4±0,6	0.927**	0.962
<i>Intervenção orientada para o movimento e para o corpo POST</i>	3	5	4.5±0,6		
<i>Realizar uma avaliação psicomotora PRE</i>	4	5	4.6±0,5	0.813**	0.872
<i>Realizar uma avaliação psicomotora POST</i>	3	5	4.5±0,7		
<i>Realizar diagnósticos psicomotores PRE</i>	3	5	4.6±0,6	0.807**	0.857
<i>Realizar diagnósticos psicomotores POST</i>	2	5	4.3±0,9		
<i>Considerar o ambiente e os aspetos da relação do indivíduo PRE</i>	4	5	4.6±0,5	0.853**	0.857
<i>Considerar o ambiente e os aspetos da relação do indivíduo POST</i>	3	5	4.5±0,6		
<i>Formula um plano de intervenção PRE</i>	4	5	4.6±0,5	0.700**	0.785
<i>Formula um plano de intervenção POST</i>	3	5	4.3±0,8		
<i>Organizar a sua intervenção num contexto multidisciplinar PRE</i>	4	5	4.6±0,5	1**	1.000
<i>Organizar a sua intervenção num contexto multidisciplinar POST</i>	4	5	4.6±0,5		
<i>Intervir em sessões individuais, de grupo ou co-intervenção PRE</i>	4	5	4.7±0,5	0.886**	0.940
<i>Intervir em sessões individuais, de grupo ou co-intervenção POST</i>	4	5	4.6±0,5		
<i>Discutir o follow-up com o indivíduo e com a sua família PRE</i>	2	5	4.3±0,9	0.965**	0.981
<i>Discutir o follow-up com o indivíduo e com a sua família POST</i>	2	5	4.3±0,8		
<i>Agir de acordo com os objetivos pessoais e da instituição PRE</i>	2	5	4±1	0.621**	0.764
<i>Agir de acordo com os objetivos pessoais e da instituição POST</i>	2	5	4.2±0,9		
<i>Capacidade de se comprometer numa relação com o outro PRE</i>	3	5	4.4±0,7	0.971**	0.977
<i>Capacidade de se comprometer numa relação com o outro POST</i>	2	5	4.4±0,9		
<i>Associar sempre a atividade representativa e simbólica PRE</i>	3	5	4.1±0,8	0.458	0.629
<i>Associar sempre a atividade representativa e simbólica POST</i>	3	5	4.3±0,8		

A psicometricidade tem como indicações terapêuticas:	Mínimo	Máximo	Média + Desvio Padrão	Correlação Pearson	Alfa de Cronbach
<i>Nível preventivo PRE</i>	2	5	3.3±0,9	0.901**	0.946
<i>Nível preventivo POST</i>	2	5	3.6±1		
<i>Problemas psicomotores relacionados com problemas de neuro desenvolvimento PRE</i>	2	5	4.2±0,7	0.605**	0.750
<i>Problemas psicomotores relacionados com problemas de neuro desenvolvimento POST</i>	2	5	4.1±0,8		
<i>Problemas psicomotores relacionados com problemas de estruturação PRE</i>	2	5	4.4±0,8	0.829**	0.906
<i>Problemas psicomotores relacionados com problemas de estruturação POST</i>	2	5	4.3±0,8		
<i>Desarmonias psicomotoras PRE</i>	2	5	4.2±0,9	0.672**	0.802
<i>Desarmonias psicomotoras POST</i>	2	5	4.2±0,8		
<i>Problemas tônico-emocionais PRE</i>	3	5	4.2±0,6	0.686**	0.812
<i>Problemas tônico-emocionais POST</i>	3	5	4.2±0,7		
<i>Distúrbios ou problemas em experiências corporais, sentimentos ou sensações do corpo PRE</i>	3	5	4.2±0,6	0.517*	0.726
<i>Distúrbios ou problemas em experiências corporais, sentimentos ou sensações do corpo POST</i>	3	5	4.1±0,6		
<i>Imagem corporal e problemas de postura PRE</i>	3	5	3.8±0,7	0.765**	0.867
<i>Imagem corporal e problemas de postura POST</i>	3	5	3.8±0,7		
<i>Problemas psicossomáticos PRE</i>	3	5	4.2±0,7	0.804**	0.890
<i>Problemas psicossomáticos POST</i>	3	5	3.9±0,8		
<i>Problemas comportamentais e emocionais PRE</i>	4	5	4.5±0,5	0.209	0.344
<i>Problemas comportamentais e emocionais POST</i>	3	5	4.2±0,5		
<i>Dificuldades intelectuais, sensoriais, motoras ou psicológicas PRE</i>	2	5	4.2±0,9	0.667**	0.795
<i>Dificuldades intelectuais, sensoriais, motoras ou psicológicas POST</i>	2	5	4.1±0,8		
<i>Perturbações psiquiátricas PRE</i>	2	5	3.8±1	0.743**	0.852
<i>Perturbações psiquiátricas POST</i>	2	5	3.8±0,9		
<i>Dificuldades de aprendizagem dos processos simbólicos PRE</i>	2	5	4±0,8	0.646*	0.783
<i>Dificuldades de aprendizagem dos processos simbólicos POST</i>	2	5	3.9±0,8		
<i>Dificuldades nas funções executivas PRE</i>	2	5	3.8±0,9	0.606**	0.731
<i>Dificuldades nas funções executivas POST</i>	3	5	3.9±0,6		
<i>Problemas motores propriamente ditos PRE</i>	2	5	4.1±0,9	0.732**	0.844
<i>Problemas motores propriamente ditos POST</i>	2	5	4.2±0,8		

ANEXO VI – Exemplos de transcrição de entrevistas

Entrevista 4

P. Qual o seu percurso educacional e profissional?

R. Portanto, o meu percurso académico foi um pouco díspar porque comecei por estudar engenharia civil mas não terminei os estudos e depois decidi estudar psicologia, tirei psicologia em termos de bolonha, licenciatura depois fiz o mestrado em psicologia clinica, onde decidi investir por exemplo no campo da psicanálise, nesse campo de conhecimentos específicos. Depois de terminar o curso e com muita vontade de estudar psicanálise foi muito complicado encontrar estágio a nível profissional para ingresso na ordem, isso foi um processo extremamente penoso porque levei 3 anos até conseguir, depois consegui, fiz o estágio, entrei para a associação de ensino de psicanálise e formação de psicanalistas e a partir daí tenho desenvolvido investigação, estudo e prática clinica nesse âmbito. Basicamente muito resumido foi isto.

P. Em que área da saúde está atualmente a trabalhar e com que população?

R. Portanto, eu trabalho exclusivamente com uma população de adultos, de 18 anos para cima a nível de clínica particular, inicialmente era presencial em Tavira e Lisboa e agora passou a ser exclusivamente à distancia por causa da questão da pandemia.

P. Na sua profissão mantém ou manteve contacto com indivíduos com perturbações do desenvolvimento, físicas ou mentais?

R. Não, dos pacientes que tive e que tenho era tudo ao nível de, portanto eram pessoas funcionais sem distúrbios globais do desenvolvimento, nem perturbações mentais penso que de nível a vulgo, portanto tudo a nível de perturbações de personalidade ou perturbações da depressão, ansiedade, portanto que são as duas ligadas, tudo muito por aí.

P. Que tipo de acompanhamento preconiza (aconselha, recomenda)?

R. O ideal seria em vez de, muitos deles estavam num regime ideal que era duas vezes por semana, portanto sessões de psicoterapia 2 vezes por semana, outros conseguem manter pelo menos uma vez por semana, mas seria mais importante ter mais frequência, mas tirando isso as coisas correm bem, apesar de ser uma frequência mínima.

P. Outro tipo de terapias. Acha que têm acesso, que deviam ter mais acesso?

R. Poderiam ter mais acesso sim a outro nível de terapias aqui no Algarve, em Lisboa há mais acesso isso é escusado dizer. Aqui em Tavira, as pessoas estão muito entupidas de medicina,

muito entupidas de medicação e com pouca percepção de outras terapias e de outros níveis de intervenção

P. Antes desta entrevista, já tinha ouvido falar de psicomotricidade?

R. Já tinha ouvido falar como profissão, como curso, como disciplina que tive o prazer de estudar em psicologia do desenvolvimento I quando fiz a minha licenciatura e depois comecei a ter mais conhecimento e comecei a ficar mais sensibilizado porque sou colega de uma psicomotricista.

P. Já trabalhou numa equipa multidisciplinar com um psicomotricista?

R. Não, nunca.

P. Gostaria de saber qual a sua perspetiva sobre o aquilo em que consiste a prática psicomotora.

R. Do que tenho captado com a minha colega, eu sei que em termos de visões globais a psicomotricidade tem várias dimensões, é multidimensional no sentido que trabalha funções cognitivas, simbólicas, psicolinguísticas e se não estou em erro motoras. Sendo que o objetivo de estudo é a conduta motora do individuo seja ela adequada ou inadequada e que a promoção será a intencionalidade do gesto e muito a promoção, daquilo que nós em psicanálise chamamos de gesto espontâneo, ou seja desencarcerarmos o gesto do indivíduo.

Tenho esta percepção, não sei se é a correta ou não.

P. Acha que a psicomotricidade pode trazer benefícios aos indivíduos. Se sim quais?

R. Sim sem dúvida. Essencialmente acho que é muito por ai, pelo desbloqueio do gesto espontâneo das pessoas, porque o que eu vejo muito a nível da clinica onde eu trabalho é que há uma inibição, e é uma inibição muito global no individuo e que se transforma até num certo masoquismo do individuo tanto o indivíduo não consegue ter iniciativa, espontaneidade que é um dos grandes objetivos a atingir numa terapia e que isso também pode ser trabalhado através da conduta motora e do gesto e vice-versa. Nós na psicanálise trabalhamos isso através do verbo e do diálogo e eu tenho ideia de que na psicomotricidade isso é trabalhado numa intervenção direta com o indivíduo a nível da prestação motora.

P. Quais os contextos em que, na sua opinião, o psicomotricista pode atuar?

R. Essa é uma pergunta mais complicada. Eu creio que no contexto acho que individual, acho que é o principal, mas num contexto privado, institucional, hospitalar também, talvez, não sei assim mais.

P. Acha que seria pertinente implementar a psicomotricidade nos diversos locais (escolas, lares, instituições)?

R. Sim de uma forma gradual e com muita sensibilização, não com uma implementação brusca, mas sim deveria ser implementada porque tenho me vindo a aperceber e muito através do contacto com minha colega psicomotricista que os resultados que são atingidos pela intervenção psicomotora refletem-se muito a nível psicológico, será nesse sentido.

P. E gradual de que forma?

R. Com a apresentação de projetos às entidades competentes com diversas fases, com sensibilização também junto da população, mas creio que isto é um trabalho de décadas e complicado particularmente em Portugal. Mas sim acho que é necessário.

P. Considera que a psicomotricidade é suficientemente conhecida em Portugal?

R. Não

P. Considera que a psicomotricidade é por vezes confundida com outras terapias?

R. Sim

P. Já confundiu a psicomotricidade com outra terapia?

R. Eu pessoalmente não confundi, mas pronunciei mal, por exemplo eu lembro-me de estar num almoço com essa minha colega e perguntar se ela era psiconutricionista, foi uma gralha muito grande e nunca mais me esqueci que é psicomotricista. Mas sim eu tinha conhecimento que existia porque também estudei isso e sei que existem estudos muito complexos e volumosos do Dr. Victor da Fonseca, se não estou em erro.

P. Já comparou a psicomotricidade com outra terapia?

R. Eu penso muito na psicomotricidade no que já lhe disse anteriormente em relação também ao trabalho que faço, pelo desbloqueio progressivo que existe ao nível do sujeito para ele ser também mais espontâneo, não só no gesto, mas também no seu discurso.

P. Alguma vez referenciou algum caso seu para o psicomotricista?

R. Não, nunca referenciei nem nunca houve oportunidade para isso porque também tenho uma clínica muito reduzida e os pedidos são sempre muito afunilados e as pessoas depois é complicado, fazê-las optar por fazer outra terapia porque economicamente estão muito debilitadas, pelo menos aqui em Tavira.

P. Mas se tivesse oportunidade, referenciava?

R. Sim, dependendo da perturbação, dependendo das circunstâncias por exemplo eu acho que eu não trabalho com crianças e adolescentes se um dia vier a trabalhar e existir problemas a nível de gesto espontâneo, problemas mais expressivos nessa esfera sem dúvida que ponderava isso.

Entrevista 6

P. Qual o seu percurso educacional e profissional?

R. Fiz o secundário aqui em Porto de Mós, entrei na faculdade de psicologia em Coimbra, fiz os 5 anos de curso, na altura pré-Bolonha portanto tinha o estágio integrado, saí, terminei em 2001, em 2002 comecei a trabalhar aqui na camara a trabalhar na CPCJ (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens) e o percurso tem sido sempre por aqui, pronto passei pela CPCJ, estou integrada no gabinete de ação social e desde 2009 a trabalhar na intervenção precoce na altura ainda enquanto projeto e depois, agora estou a coordenar a equipa Porto de Mós/Batalha.

P. Em que área da saúde está atualmente a trabalhar e com que população?

R. Na saúde podemos dizer na intervenção precoce mesmo, com mais pequeninos dos 0 aos 6 anos

P. Na sua profissão mantem ou manteve contacto com indivíduos com perturbações do desenvolvimento, físicas ou mentais?

R. Sim, casos de desenvolvimento psicomotor, autismos, síndromes raras, cromossomopatia, mas genericamente e casos de desenvolvimento psicomotor alguns sem causa conhecida.

P. Que tipo de acompanhamento preconiza (aconselha, recomenda)?

R. O ideal, é difícil pensarmos no ideal. Nós enquanto intervenção precoce a equipa é multidisciplinar e tentamos junto da família, capacitar a família para ser eles próprios os promotores do desenvolvimento ao máximo da criança, facultando estratégias, interagindo com outros profissionais da área que acompanho. Agora não temos as áreas todas na equipa que acho que era uma necessidade. Mas idealmente era de facto haver uma rede de suporte de técnicos de várias áreas que em conjunto promovessem o melhor para aquela criança e para aquela família.

P. Quais as áreas que tem na equipa?

R. Terapia da fala, psicologia, educadoras, enfermagem e técnico de serviço social.

P. Esse acompanhamento coincide com o existente na realidade?

R. Sim, quer dizer com a realidade possível. Nós abrangemos 2 concelhos, a equipa é composta por 9 técnicos, a média anual de acompanhamentos ainda é extensa, mas não temos lista de espera e tentamos dar o nosso melhor.

P. Já trabalhou numa equipa multidisciplinar com um psicomotricista?

R. Infelizmente não.

P. Gostaria de saber qual a sua perspetiva sobre o aquilo em que consiste a prática psicomotora.

R. É difícil assim espremer em palavras. Eu acho que é o uso que vocês fazem do corpo como instrumento de trabalho nas áreas todas de intervenção, ou seja, a utilização do corpo quer a nível emocional, cognitivo, motor. Para mim é um bocadinho isso, não é, a integração do corpo e intervenção no corpo para promoção também destas áreas de intervenção. Penso que seja por aí, pelo menos para mim há uma confusão na minha cabeça com terapia ocupacional.

P. Acha que a psicomotricidade pode trazer benefícios aos indivíduos. Se sim quais?

R. Sim, lá está, é mesmo na parte da integração e da estimulação da utilização do próprio corpo, do conhecimento da atividade do próprio corpo, depois disseminado nestas áreas, que eu acho que é uma área interessante de intervenção.

P. Quais os contextos em que, na sua opinião, o psicomotricista pode atuar?

R. Eu acho que é transversal às áreas todas desde os bebés aos idosos, acho que as áreas são transversais ao ciclo da vida.

P. Acha que seria pertinente implementar a psicomotricidade nos diversos locais (escolas, lares, instituições)?

R. Sim, acho que era muito pertinente e nós na nossa área na intervenção precoce temos lutado para a integração de um técnico nesta área, mas não depende só de nós e esperemos que um dia se venha a concretizar.

P. Considera que a psicomotricidade é suficientemente conhecida em Portugal?

R. Ainda não o suficiente acho eu, quer dizer conhecida até pode ser, mas a valorização do que é o trabalho do psicomotricista é que parece que ainda não é muito conhecida

P. Considera que a psicomotricidade é por vezes confundida com outras terapias?

R. Sim, com a terapia ocupacional.

P. Já confundiu a psicomotricidade com outra terapia?

R. Se calhar até eu própria, sim.

P. Já comparou a psicomotricidade com outra terapia?

R. Não, porque sei que estou a incorrer num erro, tenho consciência disso, às vezes tenho é dificuldade em eu conseguir estabelecer os limites do que é uma coisa e do que é outra, mas assumo que é por desconhecimento da área de intervenção de um e da área de intervenção do outro, mas sei que são coisas diferentes.

P. Alguma vez referenciou algum caso seu para o psicomotricista?

R. Nestes anos de IP sim, não te consigo precisar quantos mas acho que sim

P. Se sim, foi por sua iniciativa ou teve recomendação de outro profissional?

R. Ou referenciados por nós, ou penso que a nível hospitalar também poderá haver esse encaminhamento, não é muito comum. Aconselhamos os pais, às vezes baseadas nas características e nas áreas de intervenção que nós achamos serem prioritárias podemos aconselhar as famílias a procurar um técnico mais especializado nessa área.

Entrevista 7

P. Qual o seu percurso educacional e profissional?

R. Eu sou licenciada em psicologia área clínica e aconselhamento, depois fiz uma pós-graduação em psicoterapia da criança e do adolescente, depois fiz mestrado em psicologia e psicoterapia e agora estou a fazer a minha especialização para ser psicoterapeuta, portanto estou a fazer técnicas de psicoterapia transversal e a fazer psicoterapia didática, vão ser pelo menos 4 anos para ser psicoterapeuta. Formação complementar sou master coach em PNL, terapia na linha do tempo e é isso, e paliativos porque também tem um bocadinho com a área que trabalho. Portanto tenho formação em paliativos, porque faço parte dos paliativos pediátricos e esses cursos vamos tirando à medida que vamos fazendo lá no hospital esses serviços. Em *mindfulness*, o treino em PSR, meditação, naquilo que eu trabalho, especificamente é isto, depois faço outras coisas, mas são paralelas.

Percurso profissional, quando acabei o curso há 20 anos trabalhei numa instituição, numa IPSS, num projeto de intervenção comunitário com duas ajudantes de família, e uma assistente social em que nós fazíamos visitas aos bairros e eu fazia apoio psicoterapêutico aos meninos e avaliação, depois passei para o agrupamento de escolas de Mira de Aire, tive lá algum tempo que eu fiz o estágio académico na altura nós fazíamos o curso e depois fazíamos o estágio e o meu estágio foi aqui no centro de saúde de porto de mós e nas escolas. Depois quando fui para Águeda tive 2 anos em Águeda, depois voltei e antes de ir para o hospital de Castelo Branco estive aqui (Porto de Mós) a fazer apoio nas escolas. Depois fui para o hospital para Castelo Branco tive lá outros 2 anos a fazer consulta externa na psiquiatria com adultos, portanto fazíamos a consulta de esquizofrenia, bipolar, e apoio psicoterapêutico. Depois de Castelo Branco passei pela associação foz que é uma comunidade terapêutica com adultos, tive lá durante 1 ano e tal na associação, foi uma experiência engraçada com a qual não me identifico. Depois fui fazer acessória técnica ao tribunal de menores, tive mais dois anos em Santarém, fazíamos processos de promoção e proteção e processos tutelares cíveis, portanto aquilo consistia em fazermos avaliação dos casais e dos pais que tinham competências parentais ou não. Depois daí da acessória técnica ao tribunal, foi quando vim para casa, entretanto mantive sempre o meu consultório a fazer consultas de psicologia, investi também num software para fazer os psicotécnicos da carta de condução que é uma das coisas que também ainda faço e depois fui para os hospitais, fiz o mestrado nessa altura e depois fui para o hospital de Leiria onde estou até hoje.

P. Em que área da saúde está atualmente a trabalhar e com que população?

R. Faço consulta externa de pediatria até aos 21 anos e faço oncologia, faço adultos de oncologia. O meu *gross mode* de trabalho é apoio à pedopsiquiatria, desenvolvimento e pediatria escolar. Mas mais trabalho em pedopsiquiatria, depressão, ansiedade, pânico, fobias.

P. Na sua profissão mantém ou manteve contacto com indivíduos com perturbações do desenvolvimento, físicas ou mentais?

R. Sim, constantemente. nós estamos no desenvolvimento quase todos os meninos que eu avalio e a minha intervenção no desenvolvimento é só avaliação. Portanto os meninos que vêm com algum atraso no desenvolvimento, nós fazemos consulta de neurodesenvolvimento também, portanto somos uma equipa. Sou eu é o neuropediatra, e educadora ou professora de ensino especial. Ele é avaliado com a *growng skills* com a educadora que faz esse teste e quando tem mais de dois desvios padrões, é enviado para mim para fazermos a *Griffiths* que é uma escala de desenvolvimento mental. Então apanho muitos meninos com atraso fala e linguagem, motricidade, motricidade grossa, motricidade fina, com muitas dificuldades, muitos deles andam na fisioterapia, na terapia da fala, na psicomotricidade, portanto estes meninos quando chegam a mim já vêm com esses apoios ou então estão para ser encaminhados para esse tipo de apoio.

P. Que tipo de acompanhamento preconiza (aconselha, recomenda)?

R. Depende, por exemplo, quando vem autistas eles têm acesso a uma panóplia de apoios que eu acho que a sala de ensino estruturada acaba por lhes fornecer esse tipo de terapias o que é ótimo. Agora quando há um atraso global do desenvolvimento, mas não tem um diagnóstico é muito chato porque depois não dá para encaminhar para ser específico. Às vezes para encaminhar precisas mesmo de ter um diagnóstico dado e não dá, quando estamos a falar de um atraso no desenvolvimento muitas vezes os diagnósticos são muito duvidoso, há muitas dúvidas no diagnóstico, e depois vão para a genética e depois vêm da genética, depois não é conclusivo, depois há uma série de fatores que implica. Mas sim eu acho que é crucial, não é, eu entendo a criança como a fruta, damos-lhe um determinado tempo para amadurecer e nem todas as crianças amadurecem à mesma altura e acho que todas as terapias complementares vão ajudar a que a criança no seu tempo adquira as mesmas competências.

P. Esse acompanhamento coincide com o existente na realidade?

R. Não, não coincide, porquê? Porque na prática os terapeutas estão nas instituições e depois estão destacados para determinadas associações e acaba por a criança por não ter, ou então há múltiplos apoios igual não é, a criança anda na terapia da fala com credencial e anda na terapia da fala no cri ou anda na terapia da fala na escola e depois acaba por ter uma duplicação às vezes de apoios quando poderia ter diferentes apoios mais diversificados ou então que correspondessem melhor aquilo que a criança realmente precisa. É o que eu acho.

P. Antes desta entrevista, já tinha ouvido falar de psicomotricidade?

R. Já no trabalho.

P. Já trabalhou numa equipa multidisciplinar com um psicomotricista?

R. Já, trabalho atualmente no Ama-te que é a clínica privada onde eu faço consulta. Eles têm psicomotricista, terapeuta da fala, terapia ocupacional, depois tem outras valências, como a osteopatia.

P. Gostaria de saber qual a sua perspetiva sobre o aquilo em que consiste a prática psicomotora.

R. É assim, a pratica psicomotora, eu acho que tem haver com tudo o que é motor, desde segurar num lápis e trabalhar a motricidade fina, ou cortar com uma tesoura, tudo o que é pintar nos contornos acho que é um bocadinho a ver com isso. Depois é toda a parte do grosso, não é, subir e descer escadas, dar um chuto numa bola, agarrar e atirar uma bola, conseguir levar uma colher à boca, comer a sopa com a colher, comer o arroz com o garfo e com a faca ou comer com a colher. Eu acho que há pequenas funções, por a chave na porta, abrir uma maçaneta, abrir a tampa do frasco, rodar um brinquedo. Portanto há uma série de funções que são feitas e que precisam que na prática os miúdos utilizam isto no dia a dia, abotoar o botão da camisa, abotoar o botão das calças, atar os sapatos, calçar o sapato. Portanto tudo isto requer muita coordenação motora e os meninos não conseguem, e isso requer treino, um treino constante e não é a fisioterapia só que resolve isso, nem resolve de todo, a fisioterapia é tratamento é diferente, a psicomotricista é prática e treino diário e depois todo o trabalho que é feito com os pais, todo o trabalho que tem que ser feito em casa. É o que eu acho.

P. Acha que a psicomotricidade pode trazer benefícios aos indivíduos. Se sim quais?

R. Claro que sim. Então não só em termos de coordenação motora mas também da percepção do próprio corpo não é. Pelos desequilíbrios, a lateralidade, a verticalidade, porque muitos meninos não gatinham se quer ou então não se sentam, ou pronto quer dizer, eu acho que nós tendo percepção dos nossos movimentos, melhoramos a nossa coordenação motora logo estamos melhor connosco, não batemos com a cabeça, os acidentes acontecem com menos frequência nesse sentido porque há uma maior coordenação digo eu.

P. Quais os contextos em que, na sua opinião, o psicomotricista pode atuar?

R. Pode atuar no contexto dos autistas, logo na primeira infância nos meninos que começam com a roca e a rodar e todos estes brinquedos na estimulação para desenvolver e estimular mais o desenvolvimento cognitivo da criança que eu acho que é importante porque e nós sabemos que eles vão para a creche e que nem sempre são estimulados da melhor forma e os pais em casa também estão cada vez menos tempo com eles em casa e também não estimulam e deixam-nos a olhar para a televisão e para o tablet. E este brincar é um brincar orientado, com uma finalidade terapêutica, é o que eu acho, isto logo na primeira infância. Depois quando eles já têm adquiridos algumas competências eu acho que é, ou partir para outras que eles realmente precisem para a sua função do dia a dia mas também que não esqueçam as anteriores, portanto acho que é consolidar aprendizagens e adquirir novas.

As demências, por exemplo, os AVC. Nos adultos, na área que eu trabalho, na oncologia acontece-me imensas vezes, a pessoa faz quimioterapia perde a sensibilidade nas extremidades, não só mãos, pés, fica com dormências, ao ficar com dormências, o simples facto de ir à casa de banho para se limpar é um desafio, porque o papel cai e porque tropeça e depois não sente os dedos e depois não consegue agarrar na caneta e não consegue fazer o seu croché ou a sua malha, ou comer, e tudo isto tem que ser, à nova realidade porque se há neurotoxicidade nos tecidos a sensibilidade nunca mais volta ao estado normal e aí desde aqueles exercícios que às vezes fazem com a bola na mão ou com outros, vai ativar todas as zonas sanguíneas da mão e dos pés e vai contribuir para que a pessoa se sinta melhor, nos avc acho que é a mesma coisa. Um AVC com sequelas, deixa muitas sequelas na vida prática do dia a dia em que a pessoa não consegue pôr o cinto, a pessoa não consegue comer, a pessoa não consegue abrir a porta, eu acho que aqui com pequenos exercícios ou jogos eu acho que há um taboo que quer na terapia ocupacional quer na psicomotricidade eu acho que haver o “ah estão a brincar”, este brincar é um brincar orientado e intencional para determinada atividade. Portanto acho que a

psicomotricidade aplica-se a todas as idades, nas pessoas com mais de 80 anos, mesmo sem demência, uma psicomotricista numa pessoa destas o que vai pô-la, vai pô-la funcional para o seu dia a dia, com tarefas ou com jogos orientados para que ela consiga fazer o seu dia a dia sem precisar do filho, do genro, da nora, do neto. É o que eu acho porque quando têm um problema de saúde vem a fisiatra e a fisioterapeuta, para resolver aquele problema, mas depois fazem aquelas sessões e aquilo para, e nós sabemos que em determinada idade aquilo tem que haver continuidade e aí sim acho que um psicomotricista tendo consciência do corpo, a pessoa também, mentalmente fica melhor, porque não perde funções motoras, se não perde funções motoras o cérebro é ativado, se é ativado acho que há todo um bem estar comum, se tu deixas de fazer uma tarefa o teu cérebro já não sabe muito bem como há de fazer e esquece-se e em determinadas idades as células morrem e já não voltam, portanto a tarefa estava adquirida há uns tempos deixei de fazer, deixei de treinar, não é, a mente é um musculo, digo eu. Mas sim acho que é transversal.

P. Acha que seria pertinente implementar a psicomotricidade nos diversos locais (escolas, lares, instituições)?

R. Sim, sim.

P. Considera que a psicomotricidade é suficientemente conhecida em Portugal?

R. Não

P. Considera que a psicomotricidade é por vezes confundida com outras terapias?

R. Sim, acho que já disse isso um bocadinho. Sim é, nomeadamente com fisioterapia com terapia ocupacional

P. Já confundiu a psicomotricidade com outra terapia?

R. Não.

P. Já comparou a psicomotricidade com outra terapia?

R. Comparei antes de ir para o hospital tinha essa dúvida entre a psicomotricidade e a terapia ocupacional e fisioterapia, mas depois também depende um bocadinho das técnicas porque muitas técnicas psicomotricistas estão a fazer muitas funções que não as delas. É o que eu acho. E eu até posso ser psicomotricista e estou a fazer terapia ocupacional e isto tem que ser dito ou tem que ser desmontado também e acho que é um bocadinho por aí. Porque quando eu fiz Erasmus (Finlândia) eu estive num centro tipo Júlio de Matos mas aquilo era uma coisa muito

grande mesmo, e lá nós já tínhamos, que era o centro de Onkalampi nós já tínhamos tudo o que era autismos, atrasos do desenvolvimento, perturbações neurodegenerativas, acamados vegetativos, tudo isso, já tinha todas as terapias, foi lá há 20 anos atrás que eu conheci o Sneozlen, que só esta agora a ser implementado em Portugal, e isto foi mágico, perceber há 20 anos atrás como é que na europa já se fazia e nesse centro havia já psicomotricista, terapia ocupacional, fisiatra, fisioterapeuta, terapia da fala, uma panóplia de profissionais que já trabalhavam há muitos anos e que agora é que chegam cá.

P. Alguma vez referenciou algum caso seu para o psicomotricista?

R. Referenciei, tenho referenciado, isso não existe para os adultos, o que existe é a pagar, portanto as pessoas vão a pagar. E sim já referenciei algumas crianças e adultos também, os adultos que por exemplo com a quimioterapia começam com algumas demências, há ali um estado confusional e começam com alguns esquecimentos, ai é muito bom e já referenciei, mas pronto lá está, a psicomotricidade ainda não é daquelas terapias que é referenciada com credencial, portanto a pessoa tem que ir a pagar.

P. Foi por sua iniciativa ou teve recomendação de outro profissional?

R. Fui eu que disse à pessoa que achava que devia fazer.

Entrevista 10

P. Qual o seu percurso educacional e profissional?

R. A licenciatura foi em medicina em Coimbra e a pós-graduação foi em Lisboa em sexologia, depois mestrado, acabei por entregar a tese, mas foi em congresso, depois não me quis envolver mais com a faculdade.

Tirei a especialidade em medicina geral por volta de 1991/92, já não me lembro, depois fiquei logo aqui no centro de saúde, aliás já vinha dos hospitais onde fiz o meu estágio, depois fiquei colocado aqui em medicina geral e depois tirei a especialidade passados 3 anos em medicina familiar, só depois em 2000 é que tirei a pós-graduação em sexologia e tenho outra pós-graduação em saúde do adolescente também em Lisboa na Lusófona.

P. Em que área da saúde está atualmente a trabalhar e com que população?

R. Em medicina geral, familiar e população de 1900 utentes.

P. Na sua profissão mantém ou manteve contacto com indivíduos com perturbações do desenvolvimento, físicas ou mentais?

R. Sim. De tudo, sobretudo desenvolvimento, desenvolvimento cognitivo, portanto na deteção dos casos. Agora passa tudo pelos psicólogos também nas escolas e nos agrupamentos e já não vêm tanto, mas nós quando detetamos nas consultas de saúde infantil dirigimos já para esses departamentos e para os responsáveis pelas avaliações e pelos encaminhamentos para avaliações hospitalares quer a nível da psicologia do desenvolvimento ou da psiquiatria infantil e especialidades correlacionadas com isso. Já não diz agora muito respeito.

P. Que tipo de acompanhamento preconiza (aconselha, recomenda)?

R. Sempre multidisciplinar para mim. E desde quanto mais precocemente possível, quanto mais precoce detetarmos essas alterações que às vezes não são detetáveis ao nascer portanto é só mesmo a nível do desenvolvimento começamos a ver que há atrasos ou que há algumas alterações desses campos e portanto quanto mais cedo se detetar, mais rápido deve ser encaminhado para poderem colmatar digamos as falhas grosseiras, sobretudo as grosseiras para que possam adaptar-se e conviverem com os do seu grupo etário com o desenvolvimento correto.

P. Esse acompanhamento coincide com o existente na realidade?

R. Neste momento já coincide mais sim. Felizmente já temos muita especialidade, quer dizer, eu penso que devia de haver mais especialistas na área, porque por exemplo lembro me que aqui há uns anos só havia uma pediatra dedicada por exemplo para o desenvolvimento, neste momento penso que já há mais gente dedicada mas mesmo assim penso que é insuficiente porque o crivo é mais apertado e é mais difícil não detetar estes casos portanto é mais difícil chegarem por exemplo aos 10/11 anos e não terem já sido detetado e estudados, encaminhados portanto apoiados, felizmente está melhor mas acredito que quanto mais terapeutas tivermos nessas áreas melhor. Não se pode melhorar ainda, já tanto que o aumento foi aqui há uns anos da deteção e de encaminhamento felizmente quer a nível das instituições de educação quer nas creches, quer nas preparatórias e secundárias, já há equipas montadas e quando detetam alguma coisa é muito mais rápido agora do que era antigamente, aqui há 30 anos era impensável, muita gente chegava às vezes à adolescência sem ter sido detetados de tudo, por exemplo dislexias, sobretudo perturbações do desenvolvimento cognitivo, eram muito difíceis de ser detetado, agora já é mais fácil.

P. Antes desta entrevista, já tinha ouvido falar de psicomotricidade?

R. Já.

P. Já trabalhou numa equipa multidisciplinar com um psicomotricista?

R. Não.

P. Gostaria de saber qual a sua perspetiva sobre o aquilo em que consiste a prática psicomotora.

R. Tenho poucas noções acerca disso, muitos poucas, então é como digo agora encaminham quase tudo pelas equipas que estão no terreno, sobretudo a nível das instituições da saúde porque ainda aqui nos centros de saúde não existe. Portanto está cá agora uma equipa do SNIPI penso eu, que podemos ao detetar nas crianças muito pequenas, 5 anos, já podemos encaminhar e essa equipa existe no centro de saúde, mas penso que deveria haver mais psicoterapia e psicoterapeutas dessa área da psicomotricidade, penso que sim nos mais pequeninos ainda.

Mas deixou de ser algo que a gente se aperceba agora tão bem, tanto que são detetados muito precocemente até já a nível das creches e tudo que lá é fácil detetar padrões de comportamento anormais e desenvolvimento motor, alterações dessa coordenação, etc. É mais fácil hoje que

tem muitos mais educadores e mesmo através da brincadeira quer do jogo, quer de toda aquele desenvolvimento didático que é acompanhado nas creches, é mais fácil detetar hoje e pronto eles rapidamente encaminham para as especialidades, mas aqui já não. Lembro me que antigamente apareciam muitos, às vezes detetava já 7 ou 8 anos quando hoje isso é raro aparecer.

P. Mas tem alguma noção do que o psicomotricista faz?

R. Não faço ideia. A nível de coordenação talvez, deve ser muito mais, deve ser uma área muito interessante, mas não estou a ver. Assim diretamente nunca trabalhei com ninguém.

P. Acha que a psicomotricidade pode trazer benefícios aos indivíduos. Se sim quais?

R. Sim, acho que sim. Assim num modo geral acho que sim tem todo o interesse.

P. Quais os contextos em que, na sua opinião, o psicomotricista pode atuar?

R. No mais baixo possível e no mais precocemente possível, acho que sim. Quanto mais cedo forem detetadas essas alterações, quanto mais precocemente, mais facilmente se podem corrigir, mais rapidamente, mais cedo e portanto mais hipóteses essa criança tem de se vir a integrar no seu grupo. Mas não sei concretamente, não tenho exatamente presente quais são as áreas de trabalho.

Nós temos essa experiência, sempre que aparece algum técnico ou alguma área que está a ser trabalhada e que existe no centro de saúde todos os outros técnicos aprendem muito mais porque entram em contacto com esse e vamos discutindo os casos em conjunto. Isso aconteceu com psicólogos e até com assistentes sociais e ficamos por dentro de coisas que estávamos longe de ter presente.

P. Acha que seria pertinente implementar a psicomotricidade nos diversos locais (escolas, lares, instituições)?

R. Sim claro. Lares por exemplo, também estamos a esquecer essa área, mas é verdade porque há muitas alterações a nível psicomotor exatamente na terceira idade e com problemas graves, também poderiam beneficiar imenso e com recuperações a nível geral, porque no fundo se uma parte estiver mal, a outra acaba por também ficar mal. Se formos ver agora o que é que o covid está a fazer a nível psicológico às pessoas, portanto acho que sim, devia haver em todas as instituições, sobretudo instituições de acompanhamento, de qualquer tipo de acompanhamento, quer escolar quer mesmo de lares como estava a dizer, acho que era importante porque ai

também se pode trabalhar muito e voltara a conseguir que estes indivíduos sejam mais facilmente integrados porque o não integrar leva de facto a uma marginalização, e essa marginalização a gente sabe o que depois vai dar, que consequências é que isso vai ter para a vida dele.

P. Considera que a psicomotricidade é suficientemente conhecida em Portugal?

R. Acho que é pouco conhecida. Portanto a única pessoa que é aquela que tenho mais referencias é a professora da faculdade de psicomotricidade de lisboa que é muito conhecida e apresenta estudos de dois em dois anos que ela atualiza os mesmos testes passados a jovens para verem a que nível de perturbação é que eles estão e para verem a que nível se encontram, mesmo a nível de consumos e de coisas desse género, ela tem trabalhos muito interessantes.

Muito pouco conhecida, só mesmo os técnicos que se ligam a isso, mesmo na medicina geral é uma coisa muito marginal, era importante sabermos os resultados e gosto muito de assistir aos resultados das faculdades desse tipo de faculdade que trabalha essas áreas, mas é como outras áreas são muito marginais para nós e devíamos, na medicina geral pelo menos, apercebermo-nos do individuo como um todo e às vezes esse todo foge-nos.

Por isso é que digo que isto é muito multidisciplinar e na área da medicina geral se não forem quanto mais as unidades de saúde conseguirem agrupar vários técnicos que possam de alguma maneira e atempadamente abordar aquele individuo de uma maneira global que implica de facto a multidisciplinarietà só assim é que a gente consegue ter resultados que sejam positivos, uma pessoa que tenha, por exemplo estou me a lembrar dos distúrbios alimentares, se não for uma equipa multidisciplinar eu raramente vi alguém que consiga ultrapassar essa dificuldade com sucesso, e é por isso que se recorre a grandes centros e acho que estamos a tirar o jovem, por exemplo neste caso, dos meios do conhecimento dele, o meio onde vive, o seu meio ambiente para ambientes hostis. Se pudéssemos ter essas equipas cada vez mais perto e não centralizadas em Lisboa, Porto ou Coimbra, era o ideal, uma unidade de saúde deveria ter tudo isso e há uma assimetria muito grande no nosso país, muito grande, eu conheço por exemplo, muitas áreas que de facto cobrem todo o ser humano em unidades de saúde sobretudo em governos regionais que têm esse acesso e que têm essas possibilidades de recorrer a esses técnicos quando outros no mesmo país que não os têm e então quanto mais interior for a zona do país pior. Isso é como os psicólogos antigamente, foi uma luta tremenda para conseguir mas valeu a pena, penso que mesmo assim temos ouvido dizer que cada unidade de saúde sobretudo como as nossas de atendimento à família devia de ter técnicos de várias áreas para poder

abordar o individuo efetivamente de uma forma holística, de outra maneira vamos deixando sempre pequeninas coisas para trás e que são às vezes as mais importantes.

P. Considera que a psicomotricidade é por vezes confundida com outras terapias?

R. Sim acredito que sim

P. Já confundiu a psicomotricidade com outra terapia?

R. Eu penso que sim também, se a gente fosse, como o psicólogo quando nos diz o que pode abordar que áreas é que pode abordar do ser humano e quando eles nos começam a revelar o que eles podem fazer nós ficamos de boca aberta, não sabíamos das potencialidades que afinal aquele técnico tem para poder trabalhar os nossos doentes. Quando tivemos trabalho aqui com assistentes sociais a mesma coisa, quando eles se apresentaram e disseram todas as áreas que podem trabalhar no ser nós ficamos de boca aberta porque de facto podem dar ajudas que eram impensáveis e que nós não tínhamos sequer essa noção. Portanto é preciso dar a conhecer o que é para que os técnicos que estão no terreno terem essa noção que não têm e a confusão existe sem dúvida.

P. Já comparou a psicomotricidade com outra terapia?

R. Não

P. Alguma vez referenciou algum caso seu para o psicomotricista?

R. Não, aqui nós então a nível de província não temos, é o que eu digo se tivéssemos em Lisboa se calhar teríamos tido mais possibilidades de orientar, aqui não sabemos que havia uma dra no hospital de medicina do desenvolvimento da criança por exemplo, mais anda era só essa doutora e quando mandávamos para ela servia uma população de 500.000 pessoas isso era brutal, é impensável. Depois tudo o que ela iria trabalhar com terapeutas a nível regional não faço a menor ideia, nem ela tinha tempo para depois sozinha fazer relatórios de tudo. Nós perdíamos de vista o tratamento que era efetuado e o percurso que aquele individuo ia fazer, não tínhamos nem feedback do que estava a acontecer, era muito difícil. Estando atualmente a dar-se mais valorização a estas áreas eu acho que já não é para mim provavelmente, mas para os mais jovens que aí vêm, os colegas mais novos espero que venham a ficar mais ricos com essa especificidade.